

**Universidade do Porto**

**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação**

**ADAPTAÇÃO À LESÃO VERTEBRO-MEDULAR: INFLUÊNCIA DA  
DEPRESSÃO, SENTIDO DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E RESILIÊNCIA NA  
QUALIDADE DE VIDA**

**Diana Patrícia Pinto Coelho**

outubro 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Marina Prista Guerra* (FPCEUP)

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marina Prista Guerra, orientadora do presente estudo, por ter acreditado em mim para o projeto, pela força e encorajamento diários, pela disponibilidade, apoio e acompanhamento dados, ao longo da realização do mesmo.

À Dra. Clara Estima e a todos os profissionais de saúde do Hospital da Prelada, pela ajuda na recolha de dados, nomeadamente, no estabelecimento do contacto com os participantes da amostra.

A todos os participantes, pela disponibilidade e colaboração na investigação, pela generosa partilha das suas histórias de vida e pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus “colegas de casa”, obrigada: pelo carinho com que me acolheram sempre e pela mão dada nas exigências quotidianas. Um obrigada especial, à Sancha, por ter facilitado, sempre, o processo de adaptação à vida académica.

Aos amigos, não de sempre, mas para sempre: Bárbara, Beatriz, Bruno, Cláudia, Francisca, Helena, Liliana, Marta, Mónica, Renata e Rita. A faculdade deu-me a honra de vos conhecer, eu escolho ter-vos para sempre na minha vida. Findo estes 5 anos com o coração cheio e muito feliz por todos os momentos partilhados, dentro e fora das quatro paredes da FPCEUP. Por terem sido o sorriso e o abraço caloroso que precisei nos momentos menos bons e por terem ajudado sempre nas exigências académicas e vivenciais, a todos, de coração, o meu profundo e sincero agradecimento.

Aos meus amigos de sempre: ao Pedro, por dar sempre os melhores conselhos, não só, ao longo do percurso académico, mas também, e sobretudo, para a minha vida pessoal; por ter, sempre, um abraço tranquilizante e encorajador para mim. Por ser a força e a certeza, nos momentos de dúvida e, por fazer valer a palavra amizade, o meu eterno obrigada. À Susana e à Tânia por estarem sempre do meu lado, mesmo quando lhes “falhei” devido às exigências académicas. Por toda a compreensão, apoio e alento dados, muito obrigada.

À minha família, em especial aos meus pais, por me terem proporcionado a oportunidade de realizar um dos meus objetivos de vida; e aos meus irmãos, André e Marco, pela ajuda, carinho e amparo dados, ao longo das diferentes fases do percurso académico. A eles, um enorme obrigada, por estarem sempre presentes nos momentos mais importantes da minha vida, e mais especificamente, por me terem auxiliado a chegar até aqui.

Ao “Ruca”, por ter “vibrado”, comigo, com a minha entrada na FPCEUP e por ter conseguido estar presente, ao longo destes 5 anos, mesmo quando a distância física não o permitiu. Por se ter revelado a grande surpresa e o melhor de 2017, e ao mesmo tempo, assumir-se como a certeza de sempre, na minha vida. Por ser o porto seguro que plenifica, o abraço que acalma, o sorriso que entusiasma e por conseguir puxar o melhor de mim, obrigada.

Em suma, porque “aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”, a todos, a minha eterna e profunda gratidão, pelas experiências partilhadas e conhecimentos transmitidos; pelos sorrisos despertados em dias cinzentos e pelos abraços reconfortantes em momentos de aperto e angústia. Por ter crescido convosco, e por vós, humana e profissionalmente, muito obrigada.

## RESUMO

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição neurológica de saúde, que subitamente provoca alterações físicas, psicológicas, sociais e económicas nos indivíduos, podendo afetar a qualidade de vida destes. Assim, o presente estudo visa compreender a adaptação à LVM, verificando se há diferenças nas variáveis estudadas com um grupo de controlo, e analisando a influência da depressão, sentido de vida, suporte social e resiliência na qualidade de vida dos indivíduos com LVM, bem como as relações com os dados sociodemográficos e clínicos. Procura, ainda caracterizar, qualitativamente, os aspetos positivos e negativos identificados, que resultam da LVM.

A amostra é constituída por 33 indivíduos com LVM e 33 participantes saudáveis, com características sociodemográficas semelhantes. Obteve-se o consentimento informado de todos os participantes e aplicou-se a subescala da depressão da HADS, a escala de avaliação do suporte social, a escala do sentido de vida, a escala breve do *coping* resiliente, o instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e, ainda, um questionário sociodemográfico e clínico.

Os indivíduos com LVM apresentaram níveis superiores de resiliência e uma pior qualidade de vida (QV) física, quando comparados com os participantes saudáveis. Através de regressões múltiplas, verificou-se que o sentido de vida e o suporte social são os fatores que contribuem significativamente para uma melhor perceção da QV em termos físicos, sociais e ambientais no grupo LVM. Por sua vez, no domínio psicológico da QV, a depressão e o sentido de vida revelaram-se os melhores preditores.

Por fim, na análise qualitativa, a mudança de perspetiva sobre a vida e as limitações foram, respetivamente, os aspetos positivos e negativos, mais referidos pelos indivíduos com LVM.

**Palavras-chave:** lesão vertebro-medular, adaptação, depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência e qualidade de vida.

## ABSTRACT

The spinal cord injury (SCI) is a neurological health condition, that suddenly provokes physical, psychological, social and financial changes on the individuals, possibly affecting their quality of life. So, the present study aims to comprehend the adaptation to SCI, verifying if there are differences in the variables studied with a control group and analyzing the influence of depression, meaning in life, social support and resilience in the quality of life of the individuals with SCI, as well as the relations with socio-demographic and clinical data. This study also explored a qualitative data aiming at characterizing the positive and negative aspects identified that result from SCI.

The sample comprises 33 individuals with SCI and 33 healthy participants with similar socio-demographic characteristics. The informed consent of all the participants was obtained and it was applied the meaning in life scale, the depression subscale from HADS, a social support scale, the brief scale of the resilient *coping*, the instrument to evaluate the quality of life (WHOQOL-BREF) and also a socio-demographic and clinical questionnaire.

The individuals with SCI showed higher resilience levels and a lower physical quality of life (QOF) when compared with the healthy participants. Through multiple regressions, it was verified that meaning in life and social support are the variables that contribute significantly to a better perception of the QOF in physical, social and environmental domains in the SCI group. In turn, in the psychological domain of QOF, depression and meaning in life revealed to be the best predictors.

Lastly, through a qualitative analysis, the change in life perspective and limitations were, respectively, the positive and negative aspects more referenced by the individuals with SCI.

**Keywords:** spinal cord injury, adaptation, depression, meaning in life, social support, resilience and quality of life.

## RÉSUMÉ

La lésion vertébro-médullaire (LVM) est un état de santé neurologique qui provoque des changements physiques, psychologiques, sociaux et économiques chez les individus et qui peuvent affecter leur qualité de vie. Ainsi, la présente étude vise à comprendre l'adaptation à LVM, en vérifiant s'il existe des différences dans les variables étudiées avec un groupe de contrôle et en analysant l'influence de la dépression dans la direction de la vie, dans le soutien social et dans la résilience de la qualité de vie des personnes avec LVM, ainsi que les relations avec les données sociodémographiques et cliniques. Également, caractériser qualitativement les aspects positifs et négatifs identifiés que les résultats LVM.

L'échantillon était composé de 33 individus avec LVM et de 33 participants sains, présentant des caractéristiques sociodémographiques similaires. Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu, et la sous-échelle de dépression HADS, l'échelle d'évaluation de la qualité de vie (WHOQOL-BREF) et un questionnaire sociodémographique et clinique.

Les individus atteints de LVM ont de niveaux de résilience plus élevés et une qualité de vie plus faible (QV) lorsque des comparateurs ont des participants en bonne santé, grâce à de multiples régressions, on a vérifié que la signification de la vie et que le soutien social sont les facteurs qui contribuent de manière significative à une meilleure perception de la qualité de vie en termes physiques, sociaux et environnementaux dans le groupe LVM. D'autre part, dans le domaine psychologique de la QV, la dépression et le sens de la vie se sont révélés être les meilleurs prédicteurs,

Enfin, dans l'analyse qualitative, le changement de perspective sur la vie et les limitations étaient, respectivement, les aspects positifs et négatifs, plus référés par les individus avec LVM.

**Mots-clé:** lésion vertébro-médullaire; adaptation; dépression; sens de la vie; soutien social, résilience et qualité de vie.

## ÍNDICE

<b>1. Enquadramento Teórico</b>	<b>1</b>
Depressão	3
Sentido de vida	4
Suporte social	5
Resiliência	6
Qualidade de vida	7
 <b>2. Estudo Empírico</b>	 <b>9</b>
2.1 Pertinência do Estudo	9
2.2 Objetivos	10
 <b>3. Método</b>	 <b>11</b>
3.1 Participantes	11
3.1.1 Idade	11
3.1.2 Género	12
3.1.3 Grau de escolaridade	12
3.1.4 Estado civil	12
3.1.5 Tempo da LVM	13
3.1.6 Nível e extensão da LVM	14
3.1.7 Motivo da LVM	14
 3.2 Instrumentos	 14
3.2.1 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	14
3.2.2 Escala de Sentido de Vida	15
3.2.3 Escala de Avaliação do Suporte Social	16
3.2.4 Escala Breve do <i>Coping</i> Resiliente	16
3.2.5 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde	17
3.2.6 Questionário Sociodemográfico e clínico	18
 3.3 Procedimento	 19
3.3.1 Procedimento de recolha de dados	19



3.3.2	Procedimento de análise de dados	20
<b>4.</b>	<b>Resultados</b>	22
4.1	Caracterização e comparação dos grupos relativamente às variáveis em estudo	22
4.2	Relações entre as variáveis psicológicas, em estudo, no grupo clínico	24
4.3	Relações das variáveis psicológicas em estudo com os fatores sociodemográficos e clínicos	26
4.4	Análise das variáveis que melhor predizem a QV	27
<b>5.</b>	<b>Discussão</b>	31
<b>6.</b>	<b>Conclusão</b>	38
<b>7.</b>	<b>Referências Bibliográficas</b>	42

## Índice de anexos

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico e Clínico	49
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto	50
Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética das Unidades Operacionais de Saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto	51
Anexo 4 - Informação ao participante	52
Anexo 5 – Declaração do Consentimento Informado	53
Anexo 6 - Correlações entre as variáveis em estudo e os fatores sociodemográficos (idade e escolaridade)	54
Anexo 7 - Resultados das variáveis “sem suporte conjugal” e “com suporte conjugal” (média e desvio-padrão), valores <i>t-Student</i> para amostras independentes e significância	55
Anexo 8 - Correlações entre as variáveis em estudo e os fatores clínicos (tempo, nível e extensão da lesão)	56
Anexo 9 - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos positivos na sua vida, após a lesão”	57
Anexo 10 - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos positivos na sua vida, após a lesão”, agrupadas em categorias	60
Anexo 11 - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos negativos na sua vida, após a lesão”	63
Anexo 12 - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos negativos na sua vida, após a lesão”, agrupadas em categorias	66

## Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da amostra ( $N=66$ )	12
Tabela 2. Caracterização Clínica do grupo de indivíduos com LVM ( $n=33$ )	13
Tabela 3. Resultados nas variáveis depressão, sentido de vida, suporte social e resiliência (mínimo, máximo, média e desvio-padrão) e valores <i>t-Student</i> para amostras independentes, bem como a sua significância estatística	22
Tabela 4. Resultados na variável resultado – QV (mínimo, máximo, média e desvio-padrão), valores <i>t-Student</i> para amostras independentes e sua significância estatística	24
Tabela 5. Correlações entre a depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência e a qualidade de vida	25
Tabela 6. Análise de regressão linear múltipla para o domínio físico da QV	27
Tabela 7.a. Análise de regressão linear múltipla para o domínio psicológico da QV	28
Tabela 7.b. Análise de regressão linear múltipla para o domínio psicológico da QV	28
Tabela 8. Análise de regressão linear múltipla para o domínio social da QV	29
Tabela 9. Análise de regressão linear múltipla para o domínio ambiental da QV	29

## Lista de abreviaturas

$\beta$	Beta
cf.	Confrontar (do latim <i>confer</i> )
e.g.	Por exemplo (do latim <i>exempli gartia</i> )
<i>DP</i>	Desvio-Padrão
et al.	E outros (do latim <i>et alii</i> )
<i>HADS</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
i.e.	Isto é (do latim <i>id est</i> )
LVM	Lesão Vertebro-Medular
<i>M</i>	Média
<i>N</i>	Número de elementos da amostra
<i>N</i>	Número de elementos de uma parte limitada da amostra
<i>p</i>	Nível de significância
p. (pp.)	Página (páginas)
QV	Qualidade de Vida
<i>r</i>	Coeficiente correlação de <i>Pearson</i>
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>t</i>	Teste <i>t</i> de student
WHOQOL-BREF	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de saúde

## 1. Enquadramento Teórico

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição neurológica de saúde (Peter et al., 2015) provocada pelo esmagamento, dilaceração ou corte severo da espinal medula (Craig, Perry, Guest, Tran & Middleton, 2015). Esta condição pode resultar na perda permanente da função motora e sensorial (Peter et al., 2015), dependendo do nível e da extensão neurológica da lesão (Krause & Edles, 2014); acompanhará o indivíduo para toda a vida, acarretando inevitavelmente, não só consequências físicas, mas também psicológicas, sociais e económicas (Blanes, Carmagnani & Ferreira, 2009). No que concerne às condições de saúde secundárias, a dor e a fadiga crónica, as infeções do trato urinário, as disfunções intestinais, as úlceras de pressão e os problemas circulatórios constituem sérios desafios na adaptação à nova condição, bem como na recuperação a longo-prazo (Craig et al., 2015). Além disso, a severidade da incapacidade física impacta consideravelmente as atividades diárias e as interações sociais dos indivíduos lesionados (Peter et al., 2015), podendo, conseqüentemente, experienciar a lesão como um evento de vida negativo, bastante difícil e debilitante, sentindo, muitas vezes, que o seu mundo aluiu (Kennedy, Evans & Sandhu, 2009).

Neste sentido, os indivíduos passam, necessariamente, por um processo de adaptação e ajustamento (Dibb, Ellis-Hill, Donovan-Hall, Burridge & Rushton, 2014). Para haver uma adaptação bem-sucedida, é imprescindível um ajustamento psicológico contínuo, e ao longo dos anos, (Kennedy et al., 2009), não só devido aos desafios que a própria lesão impõe, como a reintegração na comunidade, (Thompson, Coker, Krause & Henry, 2003), mas também, porque metas centrais, anteriores à lesão, podem, forçosamente ser alteradas (Davis & Novoa, 2013) ou tornar-se insignificantes (Dibb et al., 2014). Pode afirmar-se, então, que os indivíduos com LVM, além de conservar a sua saúde e evitar as condições secundárias, devem aprender a ajustar-se aos papéis alterados, nas suas famílias, comunidades e empregos (Thompson et al., 2003), bem como aos objetivos e significados de vida marcantes (Davis & Novoa, 2013). Esta conjuntura poderá obrigar à redefinição da identidade, sendo, por isso, vulgar questionarem-se “*porquê a mim?!?*”, bem como, procurarem um significado para a lesão (Davis & Novoa, 2013).

Apesar de a LVM constituir um evento devastador na vida da pessoa, tendo sido, inclusive, enfatizados durante muitos anos os fatores de risco, as vulnerabilidades e a não adaptação à lesão (Ferreira & Guerra, 2014), o retorno a uma vida normal não é de todo

impossível, ocorrendo normalmente o ajustamento positivo (Dibb et al., 2014). Investigações recentes, influenciadas pela *Psicologia Positiva* (Ferreira & Guerra, 2014), têm demonstrado que eventos negativos de vida podem ser uma espécie de “trampolim” para o crescimento pessoal positivo dos indivíduos (Fazio, Rashid & Hayward, 2008). Deste modo, tornam-se indispensáveis novas pesquisas, que se concentrem nos aspetos positivos e no potencial humano para enfrentar os desafios da vida (Ferreira & Guerra, 2014), almejando ainda “empoderar” os indivíduos que passam por uma experiência adversa, como a LVM (Fazio et al., 2008). Ainda assim, é importante estar consciente da grande variabilidade na adaptação à LVM (Kennedy et al., 2009), não sendo possível generalizar: se alguns indivíduos se adaptam bem à nova conjuntura, evidenciando transformações positivas, outros poderão manifestar níveis elevados de ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Ferreira & Guerra, 2014). Assim, é necessário ter uma visão mais relativista na leitura dos acontecimentos traumáticos, isto é, ter subjacente que os sintomas negativos e o crescimento não são mutuamente exclusivos (Fazio et al., 2008), sendo extremamente relevante compreender o ajustamento psicológico e a adaptação à nova condição num *continuum* e a decorrer ao longo de toda a vida (Ferreira & Guerra, 2014).

É indiscutível que a LVM representa uma enorme mudança e desafia o bem-estar do indivíduo (Kaiser & Kennedy, 2011). Não obstante, a forma como os afetados respondem à LVM varia consideravelmente de pessoa para pessoa (Kaiser & Kennedy, 2011), alertando-nos, assim, para o facto de a adaptação psicológica ser reconhecida como um processo individual, ainda que influenciado por diferentes fatores, que poderão facilitar ou dificultar esse mesmo processo (Ferreira & Guerra, 2014). Relativamente aos fatores inerentes à lesão, o tipo (paraplegia vs tetraplegia) e a sua extensão (completa vs incompleta) destacam-se: os tetraplégicos (adquiriram lesão medular na região cervical) com secção completa da medula parecem ser os mais afetados com a LVM; em oposição, aqueles que se lesionaram em regiões inferiores – os paraplégicos – e de modo incompleto, experimentam menos sequelas devastadoras da lesão (Murta & Guimarães, 2007). Ainda assim, alguns estudos revelaram que o nível e a extensão da lesão são preditores pobres da adaptação psicológica (Kennedy et al., 2009). Nas variáveis sociodemográficas, sobressaem a idade e o sexo (Dibb et al., 2014): os adultos que sofrem a LVM na infância apresentam menos dificuldades na adaptação, comparativamente com aqueles que adquirem a lesão na vida adulta (Murta & Guimarães, 2007), pressupondo que a juventude está associada a níveis mais elevados de ajustamento psicológico (Kennedy et al., 2009);

quanto ao género, alguns estudos indicam que as mulheres têm níveis mais elevados de ansiedade (Kennedy et al., 2009). Nas variáveis ambientais, o suporte social, emerge como fator facilitador da adaptação bem-sucedida (Murta & Guimarães, 2007) e a perceção da pessoa acerca do evento, a sua personalidade e a presença de recursos pessoais e sociais mostram-se também fortes preditores do crescimento positivo (Fazio et al., 2008). Murta e Guimarães (2007) concluíram, assim, que a adaptação bem-sucedida à LVM está mais associada a variáveis ambientais e psicossociais do que às variáveis clínicas; logo, a incapacidade física poderá ser um problema acrescido, caso a pessoa afetada tenha à sua volta um ambiente físico e social enfraquecido e exiba recursos de *coping* insuficientes.

Na sequência destas observações, o presente estudo integrará variáveis psicológicas positivas (i.e., sentido de vida, suporte social, resiliência), que se têm revelado imprescindíveis no processo de adaptação; e uma negativa – depressão – investigada, habitualmente, aquando de um acontecimento adverso. Por fim, será apresentada uma variável resultado, a qualidade de vida (QV), considerada uma medida de ajustamento a longo-prazo nas LVM.

### **Depressão**

O risco de experienciar níveis elevados de sintomas depressivos é maior nos indivíduos com LVM, comparativamente com a população em geral (Peter et al., 2015). Embora a depressão não seja uma reação psicológica inevitável (Catalano, Chan, Wilson & Chiu, 2011), Woolrich, Kennedy e Tasiemski (2006, cit. in Kaiser & Kennedy, 2011) concluíram, que um terço dos indivíduos com LVM desenvolve níveis elevados de ansiedade e depressão. Estima-se que 20% a 40% dos indivíduos experienciam níveis elevados de sintomas depressivos, nos primeiros 6 a 8 meses, após a lesão (Peter et al., 2015). Ainda que possa existir uma flutuação nos sintomas depressivos, ao longo do processo de adaptação, estes parecem ser consistentes e elevados nos primeiros dois anos após a alta (Beedie & Kennedy, 2002).

Os sintomas depressivos são incapacitantes (Cao et al., 2014) e parecem influenciar a saúde física (Catalano et al., 2011). Neste sentido, a investigação tem explorado os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento ou inibição da sintomatologia depressiva na população LVM (Schönenberg et al., 2012). De acordo com Ferreira (2012), os fatores sociodemográficos e clínicos não se correlacionam significativamente com a depressão. Em oposição, a forma como as pessoas avaliam a sua situação de vida e enfrentam as

consequências da LVM parece relacionar-se com os sintomas depressivos: o SCIAM (*Spinal Cord Injury Adjustment Model*) propõe que os recursos psicológicos têm impacto na depressão, através das avaliações e do *coping* - e.g., um propósito na vida influenciará as avaliações e as estratégias de *coping* adotadas pelo indivíduo, resultando na diminuição ou na exacerbação dos sintomas depressivos (Peter et al., 2015). Assim, existem fatores com efeito protetor nos sintomas depressivos, nomeadamente, o suporte social (Schönenberg et al., 2012), considerado um fator de resistência contra os problemas de saúde mental: a falta deste torna o indivíduo mais vulnerável à depressão após a lesão (Buunk et al., 2006). Além disso, concluiu-se que, quanto maior a perceção de apoio social, menor a presença de sintomas depressivos (Elliott & Frank, 1996), tendo este fator, também, um papel de manutenção das perturbações depressivas: os indivíduos com depressão durante os seis meses iniciais da lesão tendiam a não recuperar, se tivessem disponível um número reduzido de suporte social (Beedie & Kennedy, 2002). Por fim, salienta-se o facto de a investigação reconhecer a depressão como um preditor pobre do ajustamento psicológico à LVM (Catalano et al., 2011), e uma “barreira” à adaptação bem-sucedida, uma vez que os sintomas depressivos parecem reduzir a QV (Bonanno et al., 2012).

### **Sentido de Vida**

O termo sentido de vida ou “propósito na vida” deriva do trabalho de Viktor Frankl (1969, cit. in Thompson et al., 2003), que defende que a principal força motriz do ser humano assenta no desejo de encontrar um significado: quando tal não acontece resultará num “vazio existencial”, que se não for aliviado, poderá desencadear resultados psicológicos adversos. Define-se, assim, como uma orientação positiva, que inclui autoeficácia, perseguição de objetivos, prazer e um sentimento de missão na vida (deRoos-Cassini, Hastings, Aubin, Valvano & Brasel, 2013). A vida não tem significado/propósito por si só; este é específico do indivíduo e resulta das circunstâncias de vida imediata (Thompson et al., 2003). Logo, o sentido de vida não é um conceito estático – está constantemente a remodelar-se de acordo com as conjunturas circundantes ao indivíduo, isto é, quando o indivíduo reconhece que a sua vida tem significado, sente que esta não é um produto finalizado, mas sim um processo em curso e em adaptação (Guerra, Lencastre, Silva & Teixeira, 2017). Assim, o indivíduo pode passar a vida à procura de um sentido e nunca encontrá-lo; mas quando sente a sua presença, de acordo com os seus valores e



filosofia de vida, será capaz de mantê-lo e reestruturá-lo, quando confrontado com uma adversidade (Guerra et al., 2017).

A investigação tem evidenciado que o sentido de vida está fortemente correlacionado com a adaptação e o crescimento positivo (Fazio et al., 2008) e que é possível os indivíduos com LVM manterem um propósito na vida: quando as pessoas percebem a sua vida como significativa e com propósito adaptam-se melhor à LVM (Davis & Novoa, 2013). Parece existir, então, uma associação negativa entre o sentido da vida e os problemas de saúde mental: os indivíduos que revelam ausência de sentido de vida estão mais propensos a desenvolver estados psicológicos negativos, como a depressão (Guerra et al., 2017). Além disso, admite-se que o propósito na vida, após a lesão, possa ser influenciado pelo apoio recebido da rede social (Thompson et al., 2003) e seja superior nos indivíduos mais velhos (Guerra et al., 2017). Constatou-se, também, que ter sentido de vida constitui uma força para suportar e superar a adversidade (Silveira & Mahfoud, 2008), assumindo-se, assim, como um meio para a adaptação à incapacidade física, em vez de um indicador do próprio ajustamento (Thompson et al., 2003), que está positivamente relacionado com o bem-estar (Guerra et al., 2017), sendo, portanto, essencial para a QV (Dibb et al., 2014) – alguns autores consideram-no, inclusive, o melhor preditor da QV global (deRoos-Cassini et al., 2013).

### **Suporte Social**

O suporte social define-se como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é bem cuidado, estimado, amado e membro de uma rede de obrigações mútuas, sendo geralmente entendido como o apoio e assistência prestados por outros, particularmente em situações difíceis ou *stressantes* (Murphy, O'Hare & Wallis, 2010). Assume-se como uma meta-construção multifacetada, que incorpora três grandes conceitos: suporte social percebido, real e estrutural (Murphy et al., 2010). O primeiro, considerado o “cerne” do suporte social, refere-se ao julgamento da pessoa sobre a disponibilidade do suporte social (Hampton, 2004), incluindo a satisfação com o mesmo (Murphy et al., 2010). Assim, o suporte social pode funcionar através de dois processos diferentes: em primeiro lugar, pode ter um efeito benéfico geral, fornecendo experiências positivas e em segurança para os indivíduos; em segundo, pode ter um efeito mais específico sobre as condições de *stress*, amortecendo o impacto dos eventos, possivelmente, através do reforço da percepção de controlo (Beedie & Kennedy, 2002): indivíduos com muitos contactos sociais sentem

maior controlo na sua lesão e reportam níveis mais elevados de bem-estar (Ferreira & Guerra, 2014). Neste sentido, as relações íntimas emergem como a fonte de apoio que melhor confere os benefícios do suporte social, contudo apenas metade dos indivíduos com LVM se encontra numa relação conjugal (Sherman, DeVinney & Sperling, 2004). Assim, procurou-se descobrir fontes alternativas, mas igualmente benéficas: concluiu-se que as fontes mais eficazes pertencem aos indivíduos que ultrapassaram com sucesso, a situação *stressante*, pela qual está a passar o recetor de apoio; tal é explicado, pelo facto de haver um suporte adequado às necessidades do recetor, mas também, por constituir uma oportunidade de modelagem positiva e esperança verosímil para este (Sherman et al., 2004).

De um modo geral, na população LVM, o apoio social exerce uma influência poderosa nas realizações, explicando também, a variância dos resultados na reabilitação, além daquela que é explicada pelos fatores sociodemográficos, psicológicos e da lesão (Murphy et al., 2010). Os indivíduos com LVM, que reportam maior apoio social, a) demonstram-se mais adaptados à lesão e experienciam menos sofrimento emocional; b) reportam maior QV global e satisfação com a mesma; c) apresentam significativamente menos problemas de saúde (Sherman et al., 2004), física e mental (Murphy et al., 2010). Além disso, uma maior satisfação com o suporte social associa-se negativamente à presença de sintomatologia depressiva (Beedie & Kennedy, 2002), permitindo concluir que este é um preditor da adaptação bem-sucedida à LVM (Murta & Guimarães, 2007), e um forte indicador do bem-estar psicológico e da QV global (Catalano et al., 2011).

### **Resiliência**

A resiliência refere-se a um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que explicam o modo como os indivíduos ultrapassam as situações de crise (Afonso, 2011), ou seja, ao constructo, associam-se, por um lado, acontecimentos de vida desfavoráveis e, por outro, fatores de proteção internos e externos ao indivíduo que, intervindo na presença de uma situação ameaçadora, conduzem a resultados positivos (Afonso, 2011) e de crescimento (Catalano et al., 2011). Admite-se então, que a resiliência se constrói a partir de competências comuns na natureza (White, Drive & Warren, 2010): pensamentos, sentimentos, comportamentos (Simpson & Jones, 2012), e ações que podem ser aprendidas e desenvolvidas (White et al., 2010); assume-se como um processo complexo (Pais-Ribeiro & Morais, 2010) dinâmico, multidimensional (Simpson & Jones, 2012), dependente do

contexto (White et al., 2010) e da capacidade da pessoa em usar o apoio familiar, social e externo para enfrentar melhor os eventos *stressantes* (Quale & Schanke, 2010). Neste sentido, o *coping* é essencial para compreender a capacidade de resiliência, ainda que não sejam sinónimos: a resiliência implica modalidades de resistência ao *stress*, capacidade de enfrentar (*coping*), capacidade de prosseguir o desenvolvimento e aumentar as suas capacidades numa situação adversa, desenrolando-se no tempo; por sua vez, o *coping* ocorre num momento determinado (Pais-Ribeiro & Morais, 2010).

No contexto de reabilitação, a resiliência entende-se como a capacidade da pessoa enfrentar uma grave e incapacitante lesão física, mantendo os níveis de funcionamento psicológico e social saudáveis e conservando uma perceção positiva de si e do futuro (Quale & Schanke, 2010). Assim, os indivíduos com maiores níveis de resiliência possuem saúde mental mais forte, adaptando-se à LVM, mais eficazmente (White et al., 2010). Deste modo, é importante identificar os fatores e processos envolvidos na resiliência para se desenvolverem intervenções clínicas eficazes (Catalano et al., 2011). Estudos têm revelado que a resiliência está inversamente associada à depressão (White et al., 2010) e positivamente correlacionada à satisfação com a vida (Quale & Schanke, 2010); além disso, bons relacionamentos, otimismo e a capacidade de encontrar significado após um evento adverso (fatores relacionados com a resiliência), associam-se a maior expectativa de vida (White et al., 2010). Acredita-se, assim, que a resiliência surge como consequência de se encontrar o sentido de vida, na medida em que a crença num sentido pode ser suficiente para a pessoa superar um evento difícil, como uma doença (Silveira & Mahfoud, 2008). Constatou-se, ainda, que o apoio social aumenta a resiliência (Dezarnaulds & Ilchef, 2014) e que os mais resilientes recorrem a estratégias adaptativas, contrariamente àqueles que possuem baixa resiliência que usam estratégias desadaptativas (Afonso, 2011). Em suma, a resiliência ótima é essencial aos indivíduos com LVM, porque está associada a maior QV (Dezarnaulds & Ilchef, 2014).

### **Qualidade de Vida**

A Organização Mundial de Saúde (1997) define a QV como a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assume-se como um constructo dinâmico, complexo, multidimensional - envolve as dimensões biológica, psicológica, social, cultural, ambiental (Brunozi, Silva, Firmino, &

Veronezi, 2011), - multideterminado e individual, pressupondo diferentes interpretações para diferentes pessoas (Martins, 2008). A QV resulta da interação dos recursos pessoais e ambientais (DeVivo & Richards, 1992), logo é importante avaliá-la, segundo a perspectiva dos indivíduos, não só para entender o impacto da lesão, mas também para delinear programas de intervenção, baseados nos seus recursos (Manns & Chad, 1999), para que retomem a vida familiar e social com satisfação e bem-estar (Brunozi et al., 2011).

Os estudos realizados com a população LVM têm revelado QV inferior à população saudável (Ferreira, 2012); tal é justificado pelas perdas significativas que o indivíduo enfrenta em diversas áreas da sua vida (Dickson, Allan & O'carroll, 2008) e também pelas condições de saúde secundárias à lesão (Guest, K, Tran, Middleton & Craig, 2014). Tem-se verificado através do WHOQOL-BREF (instrumento de avaliação da QV da Organização Mundial de Saúde), frequentemente usado na população LVM, que os domínios ligados à saúde física e ao ambiente são os mais afetados, encontrando-se também o domínio psicológico distante das condições “ideais” (Brunozi et al., 2011). Ainda assim, alguns indivíduos reportam níveis satisfatórios de bem-estar subjetivo e boa QV (Ferreira, 2012). Num revisão de diferentes estudos, Dijkers (1999) concluiu que os mais jovens e aqueles que tinham adquirido a LVM mais precocemente, reportavam bem-estar mais elevado. Também Martins (2008) constatou que os mais jovens e com maior escolaridade apresentam níveis superiores de QV. Apesar de a maioria dos estudos não encontrar uma relação entre a QV e a idade do indivíduo ou a duração da lesão atual (Dijkers, 1999), alguns autores admitem uma correlação positiva entre a adaptação e o tempo da lesão, perspetivando um processo de aprendizagem gradual; outros, contrariamente, afirmam que a QV diminui com o tempo (Ferreira, 2012). Ainda referente aos dados clínicos, Hitzig e colaboradores (2013) concluíram que o nível e a gravidade da lesão não influenciam, na maioria das vezes, a QV subjetiva. Stensman (1994) constatou o mesmo, alargando os resultados ao estado civil.

Se os fatores clínicos não permitem predizer a QV nos indivíduos com LVM, então o que os leva a reportar menos QV? Tal poderá ser explicado pela presença ou ausência de variáveis psicológicas: os indivíduos com uma perceção reduzida de suporte social (Catalano et al., 2011) e a inexistência de um sentido de vida forte reportam níveis inferiores de QV (Albrecht & Devlieger, 1999). Apesar de aproximadamente 45% da variação da QV continuar por explicar (Ferreira, 2012), reconhece-se a importância das intervenções clínicas considerarem aspetos pessoais, sociais e ambientais para melhorar a QV dos indivíduos com LVM (DeVivo & Richards, 1992).

## **2. Estudo Empírico**

### **2.1 Pertinência do Estudo**

A LVM afeta milhares de pessoas em Portugal, no entanto, os estudos neste contexto ainda são escassos (Ferreira, 2012). Sendo reconhecida como uma condição limitante, que acarreta consequências psicossociais (Blanes et al., 2009) e provoca uma disrupção biográfica (Dickson et al., 2008), torna-se relevante explorar esta temática. Durante muitos anos, focaram-se essencialmente as reações negativas e os estados psicopatológicos; eram vistos como inevitáveis e, por isso, eram delineadas intervenções que minimizassem as consequências negativas decorrentes de um evento adverso. Atualmente, dá-se primazia à procura de aspetos positivos que possam promover a adaptação bem-sucedida à LVM (Martins, 2008). Neste sentido, o presente estudo visa compreender o comportamento dos indivíduos com LVM (i.e. perceber se advêm apenas consequências negativas, ou se os indivíduos também experienciam crescimento pessoal positivo). Pretende-se também compreender a importância das variáveis estudadas na adaptação à LVM; esse conhecimento ajudará a delinear intervenções clínicas baseadas nos constructos que melhor promovem a adaptação bem-sucedida.

A escolha das variáveis realizou-se tendo em conta a literatura existente na população LVM, mas também por terem sido identificadas como determinantes na promoção da QV dos indivíduos. A depressão permite a reflexão acerca das consequências psicológicas que a LVM pode acarretar no bem-estar dos indivíduos (Ferreira, 2012); além disso, permitirá explorar se esta é uma reação inevitável como fora defendido durante anos (Catalano et al., 2011). O sentido de vida tem-se destacado na adaptação à LVM (Lustig, 2005): o facto de as pessoas sentirem que têm objetivos e uma missão na vida poderá explicar e sustentar a motivação que estas manifestam ao lidarem com as consequências da lesão. No que concerne ao suporte social, este revela-se essencial na adaptação à LVM, bem como um forte preditor da QV (Ferreira & Guerra, 2014). A resiliência tem ganho terreno na investigação sobre a reabilitação na saúde (Catalano et al., 2011), sobretudo, nos indivíduos com LVM (White et al., 2010); assim, poderá ajudar a compreender porque é que algumas pessoas ultrapassam e se adaptam melhor à LVM. O estudo integrará, ainda, a QV, enquanto variável resultado, que traduzirá a adaptação e o ajustamento psicológico à LVM, assumindo-se como critério mais objetivo e universal.

Por último, complementar-se-á o estudo, com duas questões abertas (i.e., sobre eventuais aspetos positivos e negativos advindos da lesão) que serão analisadas qualitativamente.

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação: *será que existem diferenças entre a população LVM e indivíduos saudáveis, em termos de níveis de depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência e de QV? Quais as variáveis que melhor distinguem os dois grupos? E quais os fatores que mais contribuem para a perceção de melhor QV, nos indivíduos com LVM?*

## **2.2 Objetivos**

- a) Caracterizar e comparar as variáveis psicológicas (depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência) na população LVM e no grupo saudável;
- b) Caracterizar e comparar a QV nos indivíduos com LVM e, também, no grupo de controlo;
- c) Investigar a influência das variáveis que melhor contribuem para a QV no grupo clínico;
- d) Analisar as relações entre as variáveis psicológicas e a QV, no grupo clínico;
- e) Analisar a relação das variáveis, em estudo, com os fatores sociodemográficos (idade e o grau de escolaridade) e clínicos (nível, extensão e tempo da lesão);
- f) Determinar os melhores modelos preditores da QV;
- g) Identificar e caracterizar aspetos positivos e negativos resultantes da LVM.

### 3. Método

#### 3.1 Participantes

Tendo em consideração os objetivos, do presente estudo, houve a necessidade de incluir, na amostra, um grupo clínico (i.e., grupo de indivíduos com LVM) e um controlo saudável. A amostra clínica foi selecionada, em contexto de saúde, mais especificamente no serviço de Medicina Física e Reabilitação, do Hospital da Prelada – Dr. Domingos Braga da Cruz, tendo decorrido segundo um processo de amostragem, não probabilístico, por conveniência. Deste modo, o grupo clínico englobou a participação de 33 pessoas com LVM, contemplando tanto paraplegias, como tetraplegias. Foram incluídas pessoas de ambos os géneros e, também, indivíduos maiores de 18 anos; este último critério de seleção deveu-se a questões éticas e de aplicação do material da recolha de dados. Além disso, não foi definida idade limite para participar no estudo. Por sua vez, indivíduos com lesões cerebrais e/ou défices cognitivos foram excluídos da amostra, de modo a evitar o comprometimento da compreensão e resposta aos itens dos instrumentos de avaliação escolhidos.

Relativamente ao grupo de controlo, também selecionado segundo um processo por conveniência – “método da bola de neve” –, é constituído por indivíduos com características semelhantes ao grupo clínico, em termos de género, idade, escolaridade e de estado civil. A única condição de participação na investigação resumia-se à ausência de doença física e/ou psicológica, capaz de causar incapacidade.

Assim, segue-se a caracterização sociodemográfica (cf. Tabela 1) e clínica (cf. Tabela 2) dos participantes.

##### 3.1.1 Idade

O grupo clínico é composto por 33 pessoas, com idades compreendidas entre os 30 e os 71 anos, resultando numa média de 50,70 ( $DP=10,19$ ). Por sua vez, o grupo de controlo, também constituído por 33 participantes, apresenta uma média de idades total de 50,58 ( $DP=9,80$ ), sendo que o indivíduo mais novo tem 31 anos e o mais velho 71. Assim, importa realçar, que não existem diferenças significativas ( $t(64)=,049$ ;  $p=,96$ ), entre os dois grupos, relativamente à idade.

### 3.1.2 Género

Quanto ao género, cada grupo (clínico e de controlo), engloba 26 indivíduos do género masculino e 7 do feminino, sendo, portanto, exatamente iguais.

Tabela 1. *Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=66)*

Variáveis	Grupo Clínico (n=33)	Grupo de Controlo (n=33)
Média de Idade $\pm$ DP (anos)	50,70 $\pm$ 10,19	50,58 $\pm$ 9,80
Mínimo – Máximo	30-71	31-71
Média de Escolaridade $\pm$ DP (anos)	9,21 $\pm$ 4,17	9,42 $\pm$ 4,15
Mínimo – Máximo	3-17	4-17
Género, N(%)		
Masculino	26 (78,8%)	26 (78,8%)
Feminino	7 (21,2%)	7 (21,2%)
Estado Civil, N(%)		
Solteiro(a)	7 (21,21%)	2 (6,06%)
Casado(a), união de facto	19 (57,58%)	25 (75,76%)
Divorciado(a)	7 (21,21%)	4 (12,12%)
Viúvo(a)	0 (0%)	2 (6,06%)

### 3.1.3 Grau de escolaridade

Relativamente ao grau de escolaridade, nos indivíduos com LVM, este oscila entre 3 e 17 anos, sendo que, em média, concluíram o 9º de escolaridade ( $DP=4,17$ ). No grupo de controlo, em média, os participantes também apresentavam 9 anos de estudo ( $DP=4,15$ ), contudo o participante com menor escolaridade tem o 4ºano e o indivíduo com mais habilitações tem 17 anos de escolaridade. Apesar disso, importa salientar, que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos:  $t(64)=-,21$ ;  $p=,84$ .

### 3.1.4 Estado civil

Quanto ao estado civil, no grupo clínico, a maioria (i.e., 19 pessoas) encontra-se casado ou em união de facto, havendo também 7 indivíduos solteiros e 7 divorciados. No



grupo de controlo, a maioria (i.e., 25 pessoas) também se encontra casado e/ou em união de facto, sendo que, existem 4 divorciados, 2 solteiros e 2 viúvos.

Deste modo, o teste qui-quadrado não revelou diferenças significativas ( $\chi^2 = 6,41$ ;  $p = 0,093$ ), entre os dois grupos, relativamente às categorias do estado civil.

Tabela 2. *Caracterização Clínica do grupo de indivíduos com LVM (n=33)*

<b>Características Clínicas</b>	
Tempo da LVM $\pm$ DP (meses)	149,85 $\pm$ 133,58
$\leq 12$ meses, N (%)	2 (6,06%)
De 13 a 60 meses, N (%)	10 (30,30%)
De 61 a 120 meses, N (%)	4 (12,12%)
$\geq 121$ meses, N (%)	17 (51,52%)
Nível da LVM	
Paraplegia, N (%)	22 (66,67%)
Tetraplegia, N (%)	11 (33,33%)
Extensão da LVM	
Completa, N (%)	11 (33,33%)
Incompleta, N (%)	22 (66,67%)
Motivo da LVM	
Acidente de viação, N (%)	11 (33,33%)
Queda, N (%)	11 (33,33%)
Acidente de mergulho, N (%)	1 (3,03%)
Intervenção cirúrgica, N (%)	2 (6,06%)
Outro (a), N (%)	8 (24,24%)

### 3.1.5 Tempo da LVM

No que diz respeito ao tempo da lesão, a média obtida foi aproximadamente 150 meses ( $DP=134$ ), sendo que o participante com menor tempo de lesão tinha adquirido a mesma há 5 meses. O tempo de lesão máximo verificou-se num participante com 480 meses de lesão (40 anos). Importa salientar, ainda, que a maioria (i.e., 17 participantes) tinha sofrido a LVM há mais de 10 anos, seguindo-se 10 participantes com lesão adquirida

há mais de um ano e menos de 5. Apenas 2 participantes tinham sofrido a lesão há menos de 1 ano e 4 indivíduos tinham a LVM há mais de 5 anos e menos de 10.

### 3.1.6 Nível e extensão da LVM

Dos 33 participantes do estudo, 22 tinham um diagnóstico de paraplegia (destes, 13 tinham lesão incompleta e 9 completa) e 11 de tetraplegia (9 com tetraplegia incompleta e 2 completa).

### 3.1.7 Motivo da LVM

Por fim, relativamente ao motivo da LVM dos participantes, verificou-se um predomínio dos acidentes de viação (33,33%) e das quedas (33,33%). Segue-se a categoria “outro(a)”, que representa 24,24%, da amostra clínica e, engloba, sobretudo, acidentes laborais (e.g., no âmbito da construção civil) e, também, traumatismos medulares (e.g., tumor cervical). Importa, ainda realçar que, dois indivíduos (6,06%) adquiriram a lesão depois de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica e, que num caso (3,03%), a LVM resultou de um acidente de mergulho.

## 3.2 Instrumentos

### 3.2.1 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Para avaliar a depressão recorrer-se-á à Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, adaptada por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007). O objetivo desta assenta na identificação e reconhecimento das componentes emocionais associadas à doença física, não sendo, portanto, usada para diagnóstico. A adaptação portuguesa não apresenta alterações face à versão original: as propriedades psicométricas são semelhantes (sendo considerada válida) e é também composta por duas subescalas (ansiedade e depressão), classificadas separadamente.

Tendo em conta que o presente estudo ambiciona somente avaliar a depressão, optar-se-á por aplicar apenas a subescala correspondente. Esta subescala é composta por 7 itens e as respostas variam numa escala de 4 pontos (de “0” a “3”) – cada valor corresponde, respetivamente, à melhor ou pior forma como o indivíduo se tem sentido nos últimos dias.

A pontuação total obtém-se a partir da soma de todos os itens, podendo então, oscilar entre 0 e 21: valor total igual ou inferior a 7 não é indicador de depressão; valor total compreendido entre 8 e 10 indica a presença de alguns sintomas depressivos; entre 11 e 14 considera-se uma presença moderada e, por fim, entre 15 e 21, indica um estado depressivo grave. Na adaptação portuguesa, um valor total igual ou superior a 11 remete para a presença de um estado depressivo; contudo, para efeitos de rastreio, poderão ser considerados pontos de corte a partir de 8/9 (Pais-Ribeiro, et al., 2007).

Na validação da escala para a população portuguesa, a subescala da *depressão* apresentou uma consistência interna muito boa – alpha de *Cronbach* de ,81 (Pais-Ribeiro, et al., 2007). No presente estudo, a subescala obteve um alpha de *Cronbach* de ,75 nos indivíduos com LVM e ,67 nos participantes saudáveis. Apesar de a subescala apresentar uma consistência interna bastante aceitável, nos dois grupos em estudo, os valores obtidos são inferiores ao encontrado por Pais-Ribeiro et al. (2007).

### 3.2.2 Escala de Sentido de Vida

A Escala do Sentido de Vida, criada por Guerra e colaboradores (2017), visa avaliar o sentido de vida dos indivíduos, através da perceção da presença deste nas suas vidas quotidianas. É composta por 7 itens e as respostas inserem-se numa escala tipo *Likert* com 5 opções (1=“concordo muito”; 2= “concordo”; 3= “não tenho a certeza”; 4= “discordo”; 5= “discordo muito”). Os itens 1,3,4 e 7 são invertidos (1=5; 2=4;3=3; 4=2;5=1) e, portanto, as pontuações totais variam entre 7 e 35. Ao valor mais elevado corresponde um melhor sentido de vida.

No que concerne às características psicométricas, a escala apresenta boa consistência interna (o alpha de *Cronbach* oscilou entre ,74 e ,78) e o índice compósito de confiança variou entre ,84 e ,86 nas quatro amostras onde foi testada. Considera-se, assim, um instrumento válido e uma ferramenta eficaz, tanto para a população saudável, como para a população doente (Guerra et al., 2017). Por sua vez, no presente estudo, o alpha de *Cronbach* foi de ,82, no grupo clínico e ,62 no grupo de controlo. Assim, na população clínica, o alpha de *Cronbach* revelou-se superior ao encontrado por Guerra e colaboradores (2017), não se verificando o mesmo na população saudável, onde o alpha de *Cronbach* foi inferior.

### 3.2.3 Escala de Avaliação do Suporte Social

A Escala de Avaliação do Suporte Social, adaptada para a população portuguesa, por Guerra (1995), é um instrumento de autorresposta que tem como objetivo avaliar o suporte social que as pessoas sentiram nos últimos seis meses. É composta por 20 itens, que organizados, formam várias dimensões do suporte: o Fator 1 (Suporte Socio-afetivo) é composto pelos itens 2,3, 5, 6, 13 e 19; o Fator 2 (Ausência de Controlo) é constituído pelos itens 10, 16 e 17; o Fator 3 (Suporte Financeiro) integra apenas os itens 7 e 11; o Fator 4 (Suporte Familiar) inclui os itens 12, 14 e 18; o Fator 5 (Dificuldades na Gestão Financeira) - envolve os itens 1 e 20; e o Fator 6 (Suporte Amoroso) abarca os itens 4 e 15. De realçar que, o item 8 é abrangido por dois fatores (suporte financeiro e suporte familiar, com valor mais baixo); o item 9, ainda que se aproxime do Fator 2, apresenta um valor baixo para ser incluído em qualquer fator da escala. Neste sentido, os fatores comportam 19 dos 20 itens e contêm uma variância acumulada de 62.1% (Guerra, 1995).

As respostas dadas inserem-se numa escala de 1 (“sempre ou quase nunca”) a 5 (“nunca”) e a pontuação total, alcançada através da soma todos os itens, pode variar entre 20 a 100 pontos; quanto mais alta for a pontuação mais adequado será o suporte social. Na população geral, sem patologia, o valor total ronda os 69,4. Por fim, é importante salientar que a escala apresenta boas características psicométricas: consistência interna bastante satisfatória (alpha de *Cronbach* de ,83), mas também validade por correlação item-escala e validação fatorial aceitáveis (Guerra, 1995). Em relação à presente investigação, a escala apresentou consistência interna muito boa, tanto no grupo clínico (alpha de *Cronbach* ,83), como no grupo saudável (alpha de *Cronbach* de ,89). Deste modo, em ambos os grupos, encontraram-se valores de consistência interna semelhantes aos que foram obtidos por Guerra (1995).

### 3.2.4 Escala Breve do *Coping* Resiliente

Para avaliar a resiliência recorrer-se-á à Escala Breve de *Coping* Resiliente, adaptada para a população portuguesa, por Pais-Ribeiro e Morais (2010). Esta escala, de autorresposta e unidimensional, é constituída por 4 itens, que visam compreender a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de forma adaptativa (Item 1: “procuro formas criativas de superar situações difíceis; Item 2: “independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações”; Item 3: “acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis”; Item 4: “procuro ativamente

formas de substituir as perdas que encontro na vida”). A resposta aos itens é dada numa escala tipo *Likert* (5- “quase sempre”; 4- “com muita frequência”; 3- “muitas vezes”; 2- “ocasionalmente”; 1- “quase nunca”) e a pontuação total resulta da soma dos itens, podendo assim, variar entre 4 e 20. Considera-se que os indivíduos, que obtêm uma pontuação total inferior a 13, têm baixa resiliência; aqueles que alcançam um valor total superior a 17 considera-se que têm resiliência forte.

Por fim, relativamente aos parâmetros psicométricos, a adaptação portuguesa, revela valores fracos e inferiores (alpha de *Cronbach* ,53 – consistência interna baixa) à escala original. Ainda assim, considera-se pertinente a utilização da escala para averiguar a resiliência; o *coping* é uma variável em constante mudança, pelo que os valores de consistência elevada devem ser relativizados (Pais-Ribeiro & Morais, 2010). No presente estudo, a escala revelou boa consistência interna no grupo clínico (alpha de *Cronbach* de ,70); nos participantes saudáveis verificou-se uma consistência interna aceitável (alpha de *Cronbach* de ,67). Conclui-se, portanto, que a escala usada, em ambos os grupos, apresenta uma consistência interna superior àquela que fora encontrada, na validação da mesma, por Pais-Ribeiro e Morais (2010).

### 3.2.5 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF)

O WHOQOL-BREF adaptado para a população portuguesa, por Serra e colaboradores (2006), é constituído por 26 perguntas, sendo que duas delas são mais gerais: uma relativa à percepção geral da QV e a outra referente à percepção geral de saúde. As restantes 24 questões representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o documento original (i.e., cada faceta é avaliada apenas por uma pergunta), mantendo assim, a essência subjetiva e multidimensional do constructo da QV. Os itens constituintes estão organizados numa escala de resposta de 5 pontos e as escalas correspondem a quatro dimensões de avaliação: intensidade, frequência, capacidade e avaliação. Salienta-se, o facto de o instrumento se organizar em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais, ambiente.

Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade teste-reteste, tornando-o assim, num instrumento adequado para avaliar a QV em Portugal. Olhando para os quatro domínios em conjunto, individualmente, ou até mesmo para os 26 itens,

estes apresentaram valores aceitáveis de consistência interna: o alpha de *Cronbach* variou entre ,64 (domínio 3 – social) e ,87 (domínio 1 – Físico). Além disso, os domínios conjuntamente explicam 58.8% da variância (Serra et al., 2006).

Por sua vez, no grupo clínico em estudo, o domínio físico do WHOQOL-BREF apresentou uma boa consistência interna (alpha de *Cronbach* de ,77). No domínio psicológico, encontrou-se um alpha de *Cronbach* de ,83 (i.e., consistência interna muito boa), no domínio social de ,52 (i.e., baixa consistência interna) e no domínio ambiental o alpha de *Cronbach* foi de ,75 (i.e., boa consistência interna). Na totalidade dos itens, o alpha de *Cronbach* foi excelente (,92). Na população saudável, o domínio físico revelou uma consistência interna aceitável (alpha de *Cronbach* de ,69). Os domínios psicológico e social revelaram boa consistência interna (alpha de *Cronbach* de ,76 e ,75, respetivamente), enquanto o domínio ambiental apresentou consistência interna aceitável (alpha de *Cronbach* de ,62). Na totalidade dos itens, o WHOQOL-BREF apresentou uma consistência interna muito boa – alpha de *Cronbach* de ,83. Apesar de se verificarem algumas diferenças (e.g., no valor obtido mais baixo), de uma forma geral, os valores encontrados, no presente estudo, aproximam-se dos obtidos por Serra e colaboradores (2006).

### 3.2.6 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário sociodemográfico e clínico (cf. Anexo 1), elaborado especificamente para a presente investigação, inquire acerca de alguns dados sociodemográficos e clínicos dos indivíduos, sendo, portanto, um elemento essencial no processo de seleção dos participantes. A primeira parte – dados sociodemográficos –, aplicada aos dois grupos em estudo, visa recolher informações, como o género, idade, estado civil e anos de escolaridade dos participantes. A segunda parte – história clínica -, aplicada somente ao grupo clínico, visa compreender o estado de saúde dos participantes, questionando, assim, sobre o nível, extensão, tempo e motivo da LVM.

Por fim, o questionário engloba, ainda, um tópico de natureza qualitativa – aspetos positivos e negativos resultantes da LVM – onde os participantes podem mencionar aspetos relacionados com a LVM, que não tenham sido abrangidos pelos questionários e que possam ajudar a explicar e a compreender a adaptação dos mesmos à LVM. A partir desta questão aberta, far-se-á uma análise de conteúdo, de modo a investigar a existência de pontos consensuais entre os participantes face a uma possível adaptação e, ainda,

conhecer se os mesmos conseguem ter uma visão positiva da sua vida, após experienciarem um evento traumático.

### **3.3 Procedimento**

#### **3.3.1 Procedimento de recolha de dados**

A presente investigação começou com uma revisão bibliográfica na base de dados EBSCOhost®. Nesta, selecionaram-se vários artigos e publicações científicas no âmbito da temática em estudo. Foram, ainda, consultados *websites*, de instituições de saúde, para obter uma melhor compreensão acerca das LVM e das suas implicações e consequências.

Posteriormente, elaborou-se o enquadramento teórico, definiu-se a questão de investigação e estabeleceram-se os objetivos do presente estudo. Depois de selecionar os instrumentos, a utilizar na operacionalização das variáveis, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo obtido um parecer favorável (cf. Anexo 2). Seguidamente, submeteu-se o mesmo à Comissão de Ética do Hospital da Prelada – Dr. Domingos Braga da Cruz, tendo sido aprovado (cf. Anexo 3) e, também, autorizado o procedimento de recolha de dados, na instituição referida.

No que concerne à recolha de dados, antes de iniciar a mesma, explicou-se, a cada participante, a temática, o objetivo e o enquadramento do estudo, tendo sido entregue, a estes, um folheto informativo - “informação ao participante” (cf. Anexo 4) - acerca da investigação. Se os indivíduos concordassem com as condições e estivessem disponíveis a participar, era-lhes pedido que lessem e assinassem a declaração de consentimento informado (cf. Anexo 5). No caso dos participantes impossibilitados de assinar (i.e., com tetraplegia), recolheu-se a assinatura de um familiar-testemunho, tendo-lhe sido explicado, as condições e os objetivos da investigação. A cada participante foi dada a oportunidade de preencher, individualmente, os questionários; caso expressassem vontade em ter ajuda ou não tivessem capacidade física de proceder ao preenchimento dos mesmos, eram auxiliados pela investigadora. Em ambas as situações, a investigadora esteve sempre disponível para esclarecer as dúvidas dos participantes. No final do preenchimento do protocolo de investigação, os participantes tinham a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e de fazer alguma observação.

Deste modo, a recolha de dados, junto dos indivíduos com LVM, realizou-se entre 31 de Janeiro de 2017 e o 30 de Maio de 2017. Acordava-se, com os mesmos, os horários e os locais do hospital (e.g., ginásio, gabinete de consulta, enfermaria) que consideravam mais adequados para o preenchimento do protocolo de investigação, almejando não interferir com as suas rotinas hospitalares. Também se tentou garantir o máximo de silêncio possível e evitar a presença de elementos distrativos, nos locais escolhidos, de modo a não influenciar a participação dos indivíduos. Importa, ainda, realçar que foram enviados, por correio, alguns protocolos de investigação, a fim de completar a amostra. Os participantes contactados, eram acompanhados no hospital e cumpriam os critérios de seleção da amostra, contudo por viverem longe da instituição hospitalar e não terem nenhuma consulta agendada, durante a recolha de dados, não foi possível realizar presencialmente. Previamente ao envio dos questionários, foi explicado, a todos os participantes, o estudo e objetivo do mesmo, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados e a disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas e questões.

Por fim, importa referir, que a recolha de dados, no grupo de controlo, decorreu entre 20 de Fevereiro de 2017 e 05 de Julho de 2017, tendo seguido os passos, anteriormente referidos (i.e., explicação acerca do estudo e objetivos do mesmo, assinatura do consentimento informado, esclarecimento de dúvidas, etc). Além disso, procurou-se sempre, estabelecer, com cada participante, a hora e o local, que lhe fosse mais conveniente, para que pudesse responder ao protocolo de investigação.

### 3.3.2 Procedimento de análise de dados

Para o tratamento de dados quantitativos, recorreu-se ao programa informático SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24), a fim de realizar as análises necessárias. Como o número de participantes é superior a 30, privilegiou-se a estatística paramétrica, tendo-se também optado, em todas as análises, pelo nível de significância  $p < ,05$  e o intervalo de confiança de 95%. Assim, realizaram-se análises descritivas de caracterização da amostra e das variáveis em estudo, através da média ( $M$ ) e do desvio-padrão ( $DP$ ) e/ou das frequências e percentagens. Para comparar os resultados dos grupos em estudo, nas diferentes variáveis em análise, efetuaram-se testes *t-student* para amostras independentes. Realizaram-se, também, testes de correlação Produto-Momento de *Pearson* para investigar e analisar a relação entre as variáveis, sendo que, para classificar a força da correlação, seguiram-se os critérios de Cohen (1988). No teste da regressão linear múltipla,



utilizou-se o método *enter* para testar predições (Pallant, 2001). Concluiu-se, analisando-se as propriedades psicométricas dos instrumentos, com recurso, essencialmente, ao alpha de *Cronbach*, para determinar a consistência interna dos mesmos.

Por fim, os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1997).

## 4. Resultados

Nesta secção serão descritos os principais resultados, de acordo com os objetivos definidos no capítulo anterior. Tendo em conta que as amostras (clínica e de controlo) são equivalentes (em termos de género, idade e escolaridade), primeiramente, verificou-se se existiam diferenças significativas entre as mesmas quanto às variáveis em estudo (depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência e QV). Seguidamente, apresentar-se-á uma análise descritiva das variáveis em estudo, no grupo clínico, e explorar-se-ão as relações entre as principais variáveis, salientando-se as que melhor predizem a adaptação à LVM. Para terminar, realizar-se-á uma caracterização breve dos pontos positivos e negativos que advêm da lesão.

Importa referir que não se realizaram análises comparativamente ao género devido à dimensão amostral ser escassa relativamente ao número de participantes do sexo feminino.

### 4.1 Caracterização e comparação dos grupos relativamente às variáveis em estudo

Tabela 3. *Resultados nas variáveis depressão, sentido de vida, suporte social e resiliência (mínimo, máximo, média e desvio-padrão) e valores t-Student para amostras independentes, bem como a sua significância estatística.*

Variáveis	Grupo Clínico (n=33)		Grupo de Controlo (n=33)		Comparação entre Grupos		
	Média ± DP	Mínimo – Máximo	Média ± DP	Mínimo – Máximo	t	gl	p
<b>Depressão</b>	5,00 ± 3,68	,00 – 16,00	3,73 ± 3,07	,00 – 12,00	1,524	64	,132
<b>Sentido de Vida</b>	28,48 ± 4,79	16,00 – 35,00	29,96 ± 2,99	23,00 – 35,00	-1,510	53,699	,137
<b>Suporte Social</b>	79,03 ± 11,24	43,00 – 97,00	79,36 ± 10,60	56,00 – 97,00	-,124	64	,902
<b>Resiliência</b>	15,90 ± 3,25	9,00 – 20,00	13,79 ± 3,27	7,00 – 19,00	2,643	64	,010

A tabela 3. demonstra uma tendência de valores superiores no grupo de controlo, comparativamente com o grupo clínico. Não obstante, as diferenças existentes no sentido de vida e no suporte social, não se revelaram estatisticamente significativas entre os grupos: sentido de vida ( $t(53,70)=-1,51$ ;  $p=,14$ ) e suporte social ( $t(64)=-,12$ ;  $p=,90$ ).

Neste sentido, também é no grupo de controlo que se verifica o melhor resultado quanto à existência de sintomas depressivos, uma vez que apresenta um valor inferior à amostra clínica, contudo, sem significância estatística:  $t(64)=1,53$ ;  $p=,13$ . Ainda assim, importa realçar, que tendo em conta o ponto de corte, definido por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), 18,1% dos participantes, do presente estudo, inserem-se num estado depressivo, sendo que 6,00% (dois participantes) encontram-se numa depressão grave e 12,1% apresentam sintomas ligeiros de depressão. Verificou-se, também, que 81,8% dos participantes não evidenciam depressão.

Por sua vez, na variável resiliência, o grupo clínico obteve melhores resultados ( $M=15,90$ ;  $DP=3,25$ ) do que o grupo de controlo ( $M=13,79$ ;  $DP=3,27$ ). Esta diferença verificou-se estatisticamente significativa:  $t(64)=2,64$ ;  $p=,010$ . De salientar que o resultado encontrado, na amostra clínica, do presente estudo, é superior ao valor obtido na validação da escala breve do *coping* resiliente, para a população portuguesa (Pais-Ribeiro & Morais, 2010), onde a população-alvo obteve um valor de 14,26. Assim, de acordo com os pontos de corte, definidos por Pais-Ribeiro e Morais (2010), 18,2% dos participantes apresentam baixa resiliência e 36,3% demonstram ter uma resiliência forte.

A tabela 4., abaixo apresentada, evidencia melhores resultados do grupo de controlo em todos os domínios da QV. Apesar de haver diferenças entre a amostra clínica e de controlo, estas não se revelaram estatisticamente significativas em três domínios: psicológico, social e ambiental. Verificou-se, portanto, apenas uma diferença estatisticamente significativa, mais especificamente, no domínio físico:  $t(56,23)=-2,73$ ;  $p=,009$ . Assim, os indivíduos com LVM apresentam pior QV em termos físicos. De salientar que a média obtida, pelo grupo com LVM, é superior à média encontrada por Serra e colaboradores (2006) para a população com doença ( $M=54,99$ ).

Por sua vez, o grupo saudável obteve uma média inferior à encontrada, pelos autores, no grupo sem doença ( $M=77,49$ ). Além disso, apesar de não haver mais diferenças, estatisticamente significativas, importa referir que os valores obtidos nos domínios, psicológico, social e ambiental, pelos grupos clínicos e de controlo, do presente estudo, são superiores aos encontrados, pelos autores do instrumento, tanto na população saudável, como na população com doença.

Por fim, importa ainda mencionar que, no grupo clínico, o domínio psicológico revela uma melhor adaptação em oposição ao domínio físico que evidencia uma pior adaptação.

Tabela 4. Resultados na variável resultado – QV (mínimo, máximo, média e desvio-padrão), valores t-Student para amostras independentes e sua significância estatística.

Domínios da QV	Grupo Clínico (n=33)		Grupo de Controlo (n=33)		Comparação entre Grupos		
	Média ± DP	Mínimo - Máximo	Média ± DP	Mínimo – Máximo	t	gl	p
<b>Domínio Físico</b>	60,28 ± 17,76	17,86 – 85,71	70,45 ± 12,02	46,43 – 96,43	-2,725	56,231	,009
<b>Domínio Psicológico</b>	74,36 ± 16,93	29,17 – 100,00	76,52 ± 11,64	37,50 – 95,83	-,600	64	,550
<b>Domínio Social</b>	68,94± 17,46	16,67 – 100,00	75,51 ± 13,49	50,00 – 100,00	-1,709	64	,092
<b>Domínio Ambiental</b>	65,63 ± 15,05	18,75 – 93,75	68,37 ± 8,37	53,13 – 90,63	-,916	50,068	,364

Tendo em consideração os objetivos formulados, realizaram-se análises estatísticas mais detalhadas, tendo como foco principal o grupo clínico.

#### 4.2 Relações entre as variáveis psicológicas, em estudo, no grupo clínico

Na tabela 5 encontram-se representadas as correlações entre as variáveis psicológicas em estudo e a QV. Assim, o domínio físico correlaciona-se positiva e moderadamente com o sentido de vida ( $r(33)=,58$ ;  $p <,001$ ) e o suporte social ( $r(33)=,53$ ;  $p=,001$ ), não apresentando nenhuma correlação significativa com a depressão e a resiliência.

Relativamente ao domínio psicológico, este correlaciona-se significativamente com todas as variáveis em estudo, com exceção para a resiliência. Assim, apresenta uma correlação negativa forte com a depressão ( $r(33)=-,70$ ;  $p <,001$ ) e uma correlação positiva

moderadamente forte com o sentido de vida:  $r(33)=,69$ ;  $p <,001$ . Com o suporte social, o domínio psicológico apresenta uma correlação positiva moderada:  $r(33)=,56$ ;  $p=,001$ .

Tabela 5 - *Correlações entre a depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência e a qualidade de vida*

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1. Depressão</b>	R de Pearson	-							
	N								
<b>2. Sentido de vida</b>	R de Pearson	-,535**	-						
	N	33							
<b>3. Suporte social</b>	R de Pearson	-,451**	,553**	-					
	N	33	33						
<b>4. Resiliência</b>	R de Pearson	-,485**	,590**	,229	-				
	N	33	33	33					
<b>5. Domínio físico</b>	R de Pearson	-,302	,577**	,534**	,262	-			
	N	33	33	33	33				
<b>6. Domínio psicológico</b>	R de Pearson	-,702**	,686**	,564**	,335	,585**	-		
	N	33	33	33	33	33			
<b>7. Domínio social</b>	R de Pearson	-,348*	,484**	,683**	,155	,522**	,563**	-	
	N	33	33	33	33	33	33		
<b>8. Domínio ambiental</b>	R de Pearson	-,407*	,707**	,614**	,184	,685**	,617**	,595**	-
	N	33	33	33	33	33	33	33	

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Semelhante ao caso anterior, o domínio social correlaciona-se significativamente com três variáveis em estudo: depressão, sentido de vida e o suporte social. Apresenta uma correlação positiva moderada com o suporte social ( $r(33)=,68$ ;  $p <,001$ ) e com o sentido de vida ( $r(33)=,48$ ;  $p=,004$ ). Apresenta, ainda, uma correlação negativa baixa com a depressão:  $r(33)=-,35$ ;  $p=,047$ .

No que concerne ao domínio ambiental, este não se correlaciona significativamente com a resiliência. Ainda assim, apresenta uma correlação positiva forte com o sentido de vida ( $r(33)=,71$ ;  $p <,001$ ) e uma correlação positiva moderada com o suporte social ( $r(33)=,61$ ;  $p <,001$ ). Também apresenta uma correlação negativa moderada com a depressão:  $r(33)=-,41$ ;  $p=,019$ .

Por fim, a partir da tabela acima apresentada, observa-se, ainda, que as variáveis independentes se correlacionam, moderadamente, entre si, com valores compreendidos entre  $r=-,45$  e  $r=,59$ . A única exceção é a resiliência que não surge correlacionada ao suporte social.

#### **4.3 Relações das variáveis psicológicas em estudo com os fatores sociodemográficos e clínicos**

No que concerne aos fatores sociodemográficos (cf. Anexo 6), constatou-se que existe apenas uma correlação significativa, mais especificamente, entre a idade e a resiliência, que se correlacionam negativamente e com intensidade moderada:  $r(33)=-,38$ ,  $p=,030$ . Neste seguimento, não se verificou nenhuma associação significativa entre as variáveis psicológicas do estudo e a escolaridade. Para averiguar a existência de diferenças relativamente ao estado civil, realizou-se um teste *t-Student* para amostras independentes (cf. Anexo 7): os indivíduos solteiros e divorciados foram inseridos no mesmo grupo – “sem suporte conjugal” –, tendo sido comparados com o grupo dos casados e/ou em união de facto - “com suporte conjugal”. Não se verificaram diferenças, estatisticamente significativas, entre o estado civil e as variáveis psicológicas em estudo. Por fim, e ainda em relação aos fatores sociodemográficos, importa referir, que não se realizaram análises comparativas quanto ao género, uma vez que a amostra é maioritariamente masculina.

Quanto aos fatores clínicos (tempo da lesão, nível e extensão da lesão) (cf. Anexo 8), também se verificou uma correlação significativa, nomeadamente, entre o nível da lesão e o domínio físico da QV que se correlacionam negativa e moderadamente ( $r(33)= -,46$ ;  $p=,008$ ). Assim, os indivíduos com tetraplegia apresentam níveis inferiores de QV, apenas no domínio físico ( $M=49,03$ ;  $DP=17,58$ ) ( $t(31)=2,85$ ;  $p=,008$ ). Nos domínios psicológico, social e ambiental as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Anexo 8). Além disso, os participantes com tetraplegia apresentam níveis superiores de depressão ( $M=5,45$ ;  $DP=2,91$ ), em comparação com os paraplégicos ( $M=4,77$ ;  $DP=4,06$ ); contudo o valor não

é significativo:  $t(31)=-,50$ ;  $p=,62$ . Já em relação ao sentido de vida, os valores são sensivelmente iguais: os tetraplégicos apresentam um valor médio de 28,55 ( $DP=4,66$ ) e os paraplégicos de 28,45 ( $DP=4,96$ ), não havendo diferenças significativas como esperado:  $t(31)=-,051$ ;  $p=,96$ . Por seu turno, o suporte social mostrou-se mais elevado nos paraplégicos ( $M=80,14$ ;  $DP=12,39$ ) do que nos tetraplégicos ( $M=76,82$ ;  $DP=8,60$ ), evidenciando-se igual resiliência nos dois grupos (paraplegia:  $M=15,91$ ;  $DP=3,12$ ; tetraplegia:  $M=15,91$ ;  $DP=3,67$ ). Ambos os resultados não se consideram estatisticamente significativos: suporte social ( $t(31)=,80$ ;  $p=,43$ ) e resiliência ( $t(31)=,000$ ;  $p=1,00$ ).

#### 4.4 Análise das variáveis que melhor predizem a QV

As relações, anteriormente mencionadas, pressupõem que algumas variáveis psicológicas possam assumir-se como determinantes significativos na QV dos indivíduos com LVM. Neste sentido, houve a necessidade de verificar a existência de variáveis capazes de prever uma melhor adaptação e, ainda, de compreender qual será a melhor preditora da mesma.

Assim, para todos os domínios da QV, testou-se um modelo com o sentido de vida e o suporte social. Excepcionalmente, para o domínio psicológico da QV testou-se, também, um modelo com o sentido de vida e a depressão.

Tabela 6 - *Análise de regressão linear múltipla para o domínio físico da QV*

Modelo	B	Beta	T	Sig.	95% Intervalo de Confiança para B		$R^2$ ( $R^2$ ajustado)	F (2,30)
(Constante)	-21,204		-1,123	,271	-59,780	17,372	,399 (.359)	9,972
Sentido de Vida	1,506	,406	2,390	,023	,219	2,792		
Suporte social	,488	,309	1,820	,079	-,060	1,036		

A tabela 6. permite concluir que o modelo é válido -  $F(2,30)= 9,97$ ;  $p <,001$  – e que o sentido de vida, em conjunto com o suporte social, explicam 35.9% da variância do domínio físico. Das duas variáveis, o sentido de vida assume-se como preditor significativo, não se verificando o mesmo com o suporte social.

Tabela 7.a. - *Análise de regressão linear múltipla para o domínio psicológico da QV*

Modelo	B	Beta	T	Sig.	95% Intervalo de		$R^2$ ( $R^2ajustado$ )	$F$ (2,30)
					Confiança para B			
(Constante)	-11,515		-,715	,480	-44,387	21,356	,520 (,488)	16,241
Sentido de vida	1,907	,540	3,552	,001	,811	3,003		
Suporte social	,399	,265	1,747	,091	-,068	,866		

Para o domínio psicológico, foram testados dois modelos. No primeiro (cf. Tabela 7.a.) testou-se o suporte social com o sentido de vida, tendo-se verificado que este é válido -  $F(2, 30) = 16,24$ ;  $p < ,001$  - e que explica 48.8% da variância do domínio psicológico. Conclui-se, também, que o sentido de vida é um preditor significativo, contrariamente ao suporte social.

Tabela 7.b. - *Análise de regressão linear múltipla para o domínio psicológico da QV*

Modelo	B	Beta	T	Sig.	95% Intervalo de		$R^2$ ( $R^2$ ajustado)	$F$ (2,30)
					Confiança para B			
(Constante)	41,295	,436 -,469	2,712	,011	10,203	72,387	,628 (,603)	25,306
Sentido de vida	1,539		3,304	,002	,588	2,491		
Depressão	-2,155		-3,556	,001	-3,392	-,917		

No segundo (cf. Tabela 7.b.) testou-se o sentido de vida com a depressão, tendo-se o mesmo revelado válido -  $F(2, 30) = 25,31$ ;  $p < ,001$ . Deste modo, o modelo permite explicar 60.3% da variância do domínio psicológico da QV. Verificou-se, ainda, que tanto o sentido de vida, como a depressão, contribuem significativamente para o modelo, sendo a depressão a variável que mais contribui para o mesmo.

Para o domínio social, testou-se um modelo com o sentido de vida e o suporte social (cf. Tabela 8). Este mostrou-se válido -  $F(2, 30) = 13,98$ ;  $p < ,001$  -, permitindo explicar 44.8% da variância do domínio social. Das duas variáveis, o suporte social revelou-se um preditor significativo, em oposição ao sentido de vida.



Tabela 8 - *Análise de regressão linear múltipla para o domínio social da QV*

Modelo	B	Beta	T	Sig.	95% Intervalo de		$R^2$ ( $R^2$ ajustado)	F (2,30)
					Confiança para B			
(Constante)	-20,396		-1,183	,246	-55,602	14,811	,482 (,448)	13,984
Sentido de Vida	,561	,154	,976	,337	-,613	1,735		
Suporte social	,928	,598	3,790	,001	,428	1,428		

Por fim, para o domínio ambiental, testou-se, também, o modelo com o sentido de vida e o suporte social (cf. Tabela 9). O modelo é válido -  $F(2, 30) = 20,00$ ;  $p < ,001$  e explica 54,3% da variância do domínio ambiental da QV. Tanto o sentido de vida, como o suporte social revelaram-se preditores significativos do modelo, sendo o sentido de vida o que mais contribui para o mesmo.

Tabela 9 - *Análise de regressão linear múltipla para o domínio ambiental da QV*

Modelo	B	Beta	t	Sig.	95% Intervalo de		R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> ajustado)	F (2,30)
					Confiança para B			
(Constante)	-15,685	,530	-1,160	,255	-43,292	11,923	,571 (,543)	19,995
Sentido de vida	1,665		,320	3,693	,001	,744	2,585	
Suporte social	,429		2,233	,033	,037	,821		

Para terminar e dar resposta ao último objetivo do estudo (i.e., identificar e caracterizar aspetos positivos e negativos resultantes da LVM), utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). Neste sentido, analisaram-se as respostas dadas aos aspetos negativos (cf. Anexo 9), tendo sido agrupadas em 2 categorias (cf. Anexo 10). Realizou-se o mesmo procedimento relativamente aos aspetos positivos enunciados (cf. Anexo 11), tendo resultado em 3 categorias (cf. Anexo 12). Verificou-se que todos os participantes com LVM (33) referiram, pelo menos, um aspeto negativo resultante da lesão. 88% dos participantes (29) enunciaram, pelo menos, um aspeto positivo e apenas 4 indivíduos (12%) não identificaram nenhum aspeto positivo, considerando, portanto, que a LVM não lhes proporcionou nada de bom. Apesar de haver mais pessoas (39,4%) a focar os aspetos negativos, resultantes da lesão, 30,3% dos indivíduos (10) conseguiu identificar

mais aspetos positivos do que negativos e 30,3% enunciaram o mesmo número de aspetos positivos e negativos.

Relativamente aos aspetos negativos expressos (65 respostas), 83,1% das respostas inserem-se na categoria *a. limitações* e 16,9% na *b. dependência* (e.g., “perdi a minha independência e autonomia”). Dentro da primeira, destaca-se a ênfase dada às *limitações físicas* (e.g., “incapacidade física”) com 53,7% das respostas, seguindo-se as *consequências psicológicas, comportamentais, económicas e reestruturação da vida pessoal, social e familiar* (e.g., “baixa autoestima”, “perda de individualidade”) com 31,5% e, por fim, as *limitações secundárias de saúde* (e.g., “dores”, “consequências de saúde secundárias, ao nível dos intestinos e do trato urinário”) com 14,8%.

No que concerne aos aspetos positivos manifestados (58 respostas), 56,9% das respostas inserem-se na categoria *a. mudança na perspetiva de vida*, seguindo-se a categoria *b. suporte social* (e.g., “apoio familiar e dos amigos, têm sido incansáveis comigo”) com 29,3% e a *c. funcionamento físico* (e.g., “melhorias nos membros superiores e inferiores”) com 13,8% das respostas. Dentro da primeira, os indivíduos enfatizaram, sobretudo, as mudanças psicológicas e comportamentais (e.g., “amadureci muito”), totalizando 15 respostas (45,5%); 33,3 % das respostas dadas (11) enfatizavam a valorização da vida (e.g., “ver a vida de maneira diferente, com mais amor e tolerância”) e 21,2% realçavam o facto de terem tido outros ganhos e/ou novas oportunidades (e.g., “possibilidade de praticar desporto”).

## 5. Discussão

Neste capítulo, segue-se uma discussão dos resultados obtidos, tendo subjacente a questão de investigação e os objetivos do estudo. Os resultados serão, assim, integrados e interpretados numa reflexão profunda tendo em conta a revisão de literatura efetuada.

Primeiramente, na comparação dos grupos em estudo, quanto às variáveis independentes estudadas, foi a resiliência que se revelou significativamente superior nos indivíduos com LVM. Este resultado poderá ser influenciado pela própria definição e operacionalização do constructo, que para ser aplicado, implica a existência de acontecimentos de vida desfavoráveis, mas também de fatores de proteção internos e externos ao indivíduo que possam conduzir a resultados positivos e de crescimento (Afonso, 2011). Deste modo, o facto de os indivíduos experienciarem um evento traumático, como a LVM, poderá explicar a melhor perceção de resiliência, comparativamente com os indivíduos saudáveis, que não reconhecem, de imediato, um evento difícil e desfavorável na sua vida.

Apesar de a literatura sugerir que os indivíduos com LVM apresentam níveis superiores de depressão, comparativamente a pessoas saudáveis (Peter et al., 2015), no presente estudo não se encontraram diferenças significativas, entre os grupos. A esmagadora maioria (i.e., 81.8%), do grupo clínico, do presente estudo, não revelou a presença de sintomas depressivos. Este resultado vai ao encontro dos estudos, recentemente realizados, na população LVM, que têm revelado que a depressão não é uma reação inevitável à lesão (Catalano et al., 2011). Além disso, sabe-se que a população, em geral, experiencia, cada vez mais, sintomas depressivos (Carvalho, Mateus, & Xavier, 2016), em parte devido às exigências quotidianas, podendo, assim, explicar o facto de as diferenças, encontradas nos grupos, não se terem revelado estatisticamente significativas.

Por sua vez, a população LVM reportou níveis inferiores de sentido de vida e suporte social, comparativamente com a população saudável, contudo, as diferenças não foram estatisticamente significativas. O facto de a LVM surgir, inesperadamente, na maioria dos casos, e obrigar a uma reestruturação imediata na vida dos indivíduos (Thompson et al., 2003), poderá afetar, não só o seu sentido de missão na vida, como também, as suas relações sociais. Por outro lado, sabe-se que as pessoas tendem a aproximar-se nas situações difíceis e que é possível os indivíduos com LVM encontrarem e manterem um propósito acerca da sua vida, também influenciado pelo suporte social percebido. Assim,

esta conjuntura poderá explicar o facto de essas diferenças não se terem revelado estatisticamente significativas entre os grupos.

No que concerne à QV, os indivíduos com LVM revelaram uma pior QV física, em comparação com os participantes saudáveis. Este resultado é congruente com os estudos realizados, na população LVM, onde se tem verificado, de um modo geral, que a QV é inferior à população saudável (Ferreira, 2012). Este cenário assemelha-se aos diversos estudos, que utilizam o WHOQOL-BREF para avaliar a QV, nos indivíduos com LVM, no qual, o domínio físico se apresenta como o mais afetado (Brunozi et al., 2011). Além disso, sabe-se que a perceção da QV está relacionada com o bem-estar geral e subjetivo das pessoas (Rodrigues, 2015). Assim, as exigências atuais da sociedade (e.g., horários laborais extensos, individualização e, conseqüente falta de apoio, etc.), que têm provocado um aumento dos níveis de *stress*, ansiedade e sintomatologia depressiva nas pessoas saudáveis, poderão conseqüentemente, levar estes indivíduos a reportar menor QV, explicando assim, o facto de não se encontrarem diferenças significativas, nos domínios psicológico, social e ambiental da QV, entre os grupos em estudo.

Seguidamente, e tendo em conta que o grande objetivo da investigação, assenta no estudo exaustivo e aprofundado dos indivíduos com LVM, realizaram-se correlações Produto-Momento de *Pearson*, com o intuito de compreender, se a adaptação à LVM, definida em termos de QV, é influenciada por fatores psicológicos, como o sentido de vida, a resiliência, o suporte social e a depressão. Assim, verificou-se que o sentido de vida e o suporte social se associam significativamente a todos os domínios da QV (físico, psicológico, social e ambiental). Isto significa, que os indivíduos com níveis satisfatórios de sentido de vida e com um suporte social adequado reportam uma melhor QV global. Estes resultados são congruentes com a literatura consultada: Guerra e colaboradores (2017) afirmam que o sentido de vida está positivamente relacionado à QV, e Dibb et al., (2014) defendem que o mesmo é essencial para a QV. Além disso, Fazio et al., (2008) concluíram que o sentido de vida está fortemente correlacionado com a adaptação e com o crescimento positivo. Albrecht e Devlieger (1999) concluíram, na população LVM, que os indivíduos com a inexistência de um sentido de vida forte reportavam níveis inferiores de QV. Deste modo, o sentido de vida tem surgido como um meio para a adaptação à incapacidade física (Thompson et al., 2003). Já Davis e Novoa (2013) constataram que as pessoas que concebem a sua vida como significativa e com um propósito se adaptam melhor à LVM.

Quanto ao suporte social, a literatura tem mostrado que os indivíduos com LVM, com mais apoio social, estão mais adaptados à lesão, evidenciando níveis mais elevados de QV global e satisfação com a mesma (Sherman et al., 2004). O suporte social aparece, assim, como um forte indicador do bem-estar psicológico e da QV global (Catalano et al., 2011). Alguns autores apresentam-no, inclusive, como o fator com maior influência na QV (Dijkers, 1997).

As correlações de Produto-Momento de *Pearson* mostraram, ainda, que a depressão está significativamente associada a três domínios da QV: psicológico, social e ambiental. Desta forma, os indivíduos com níveis mais elevados de sintomas depressivos reportam uma menor QV. O resultado encontrado, no presente estudo, é também, veiculado pela literatura existente, que defende que a depressão é uma “barreira” à adaptação bem-sucedida da LVM, uma vez que, os sintomas depressivos parecem reduzir a QV (Bonanno et al., 2012). Ainda em relação à depressão, importa referir, que a mesma não se revelou significativamente associada ao domínio físico da QV. Apesar de este resultado não se replicar na literatura, pois os sintomas depressivos tendem a influenciar a saúde física (Catalano et al., 2011), poderá ser explicado pelo facto de os indivíduos com LVM reconhecerem que a QV física mudou devido à lesão, mas ainda assim, não terem de passar obrigatoriamente por uma fase depressiva (Catalano et al., 2011). Além disso, o facto de esta perceção de menor QV física não estar significativamente associada à sintomatologia depressiva, poderá significar que os indivíduos já aceitam a sua nova condição e limitações advindas da mesma, procurando significado para a sua vida noutros aspetos.

Constatou-se, ainda, que a resiliência não está significativamente associada a nenhum domínio da QV. Este resultado contradiz a literatura existente, onde a resiliência surge positivamente correlacionada à satisfação com a vida (Quale & Schanke, 2010). Os estudos têm mostrado, inclusivamente, que a resiliência ótima é essencial para os indivíduos com LVM, porque está associada a maior QV (Dezarnaulds & Ilchef, 2014). Importa referir, que no presente estudo, os indivíduos com LVM obtiveram resultados, acerca da resiliência, acima da média. Neste sentido, o tamanho da amostra, o instrumento utilizado (i.e., escala breve do *coping* resiliente) e a escassez de estudos neste contexto, poderão explicar, parcialmente, o desfasamento entre os resultados obtidos e a literatura consultada.

Por fim, observaram-se, também, correlações entre as variáveis independentes, que vão ao encontro da maioria dos estudos realizados. A depressão apresenta uma correlação negativa moderada com o sentido de vida, o suporte social e a resiliência. Assim, tal como

é defendido pela literatura, os indivíduos com menor sentido de vida encontram-se mais propensos para experienciar sintomatologia depressiva (Guerra et al., 2017). Por sua vez, os indivíduos com LVM que reportaram maior satisfação com o suporte social apresentaram menos sintomas depressivos. Este resultado é replicado na literatura: Schöenberg et al. (2012) defendem que o suporte social tem um efeito protetor nos sintomas depressivos e Buunk et al. (2006) afirmam que a falta de suporte torna o indivíduo mais vulnerável à depressão, após a lesão. Também Beedie e Kennedy (2002) concluíram que a falta de suporte social tem um papel de manutenção das perturbações depressivas: os indivíduos com depressão durante os seis meses iniciais da lesão tendiam a não recuperar, se tivessem um número reduzido disponível de suporte social.

Os indivíduos com LVM que apresentaram níveis mais elevados de resiliência também expressaram menor sintomatologia depressiva. Este resultado é congruente com a literatura existente, na qual se tem verificado que a resiliência está inversamente associada à depressão (White et al., 2010).

Quanto ao sentido de vida, este correlaciona-se positiva e moderadamente com o suporte social e com a resiliência. Assim, os indivíduos mais satisfeitos com o suporte social recebido apresentam níveis mais elevados de sentido de vida. Os estudos realizados, neste âmbito, têm mostrado que o propósito na vida, após a lesão, possa ser influenciado pelo apoio recebido da rede social (Thompson et al., 2003). Por outro lado, os indivíduos com níveis mais elevados de sentido de vida parecem ser mais resilientes. Este resultado vai ao encontro da literatura, uma vez que ter sentido de vida facilita a resiliência, sendo, inclusive, considerado por muitos autores como um fundamento básico da resiliência (Silveira & Mahfoud, 2008).

Depois de analisadas as relações entre as variáveis psicológicas e a QV, procedeu-se à análise das mesmas, relativamente aos fatores sociodemográficos e clínicos. Deste modo, realizaram-se, novamente, correlações Produto-Momento de *Pearson*, para compreender, não só, qual a influência dos fatores sociodemográficos e clínicos na adaptação à LVM, mas também para apurar quais os fatores (i.e., sociodemográficos, clínicos e psicológicos) mais proeminentes no ajustamento psicológico positivo à lesão.

Em relação aos fatores sociodemográficos, verificou-se apenas uma correlação significativa entre a idade e a resiliência. Neste sentido, os indivíduos mais novos revelaram-se mais resilientes à LVM. A resiliência é um conceito recente na literatura, pelo que este resultado não é sequer abordado e explicado pela mesma. Apesar disso, sabe-se que os indivíduos mais novos apresentam maior flexibilidade no que diz respeito ao seu

padrão comportamental (Kennedy et al., 2009). Assim, por um lado, este resultado poderá ser explicado pelo facto de os indivíduos mais novos não terem uma vida tão carregada de eventos negativos e desfavoráveis e, por outro, por estarem mais recetivos e disponíveis à utilização de estratégias alternativas de *coping* e de resolução de problemas.

Por sua vez, quanto aos fatores clínicos, encontrou-se uma associação significativa entre o nível da lesão e o domínio físico da QV. Desta forma, os tetraplégicos reportaram QV inferior, em termos físicos. Este resultado é parcialmente confirmado pela literatura existente: Murta e Guimarães (2007) verificaram que os tetraplégicos com lesão completa eram os mais afetados com a LVM e que os paraplégicos, com lesão incompleta, experimentavam menos sequelas devastadoras da lesão. Enquanto Murta e Guimarães (2007) encontraram associações significativas entre o nível e a extensão da lesão, relativamente à adaptação à LVM, no presente estudo apenas se verificou uma associação significativa entre o nível da lesão e um dos domínios da QV. Este cenário não surpreende, pois Hitzig e colaboradores (2013) verificaram que o nível e a gravidade da lesão não influenciam, na maioria das vezes, a QV subjetiva, tendo também Stensman (1994) concluído o mesmo. Além disso, o facto de alguns estudos demonstrarem que o nível e a extensão da lesão são preditores pobres da adaptação psicológica (Kennedy et al., 2009) poderá explicar, em parte, o facto de não se terem encontrado diferenças significativas nos restantes domínios da QV.

Para responder ao penúltimo objetivo do estudo realizaram-se testes de regressão linear múltipla, no sentido de conhecer quais os melhores modelos preditores da QV. Constatou-se que o sentido de vida e o suporte social integram o melhor modelo preditor da QV, em três domínios: físico, social e ambiental. Este resultado, além de expectável, tem vindo a ser corroborado pela literatura: o sentido de vida é considerado, por alguns autores, como o melhor preditor da QV global (deRoos-Cassini et al., 2013) e o suporte social tem-se revelado um preditor da adaptação bem-sucedida à LVM (Ferreira & Guerra, 2014; Murta & Guimarães, 2007). Além disso, os estudos realizados, com populações clínicas, têm revelado que o sentido de vida e o suporte social são essenciais para a saúde e o bem-estar subjetivo (Dezutter, Casalin, Wachholtz, Luyckx, Hekking, & Vandewiele, 2013; Fonseca, Lencastre & Guerra, 2017). Neste sentido, os resultados obtidos, no presente estudo, são semelhantes a trabalhos anteriores, salientando-se, assim, o impacto do sentido de vida e a influência do suporte social na adaptação à LVM.

Importa, ainda referir que, para o domínio psicológico da QV, se testou outro modelo (i.e., sentido de vida e depressão), além do apresentado, tendo este explicado maior

variância. Apesar de a literatura mencionar que a depressão é um preditor pobre do ajustamento psicológico à LVM (Catalano et al., 2011), no presente estudo, a depressão, conjuntamente com o sentido de vida, permitem prever, satisfatoriamente, a QV, em termos psicológicos. Os resultados alcançados não são totalmente surpreendentes, uma vez que a literatura tem demonstrado que a presença de sintomas depressivos influencia e dificulta a adaptação à LVM, reduzindo também a QV dos indivíduos (Bonanno et al., 2012). Além disso, e tal como fora mencionado na revisão da literatura, a inexistência de um sentido de vida poderá tornar os indivíduos mais vulneráveis a desenvolver estados psicológicos negativos e adversos (Guerra et al., 2017) e, conseqüentemente, a reportar menor QV.

Para concluir a discussão de resultados, importa refletir sobre o último objetivo do estudo, que consistiu em identificar e caracterizar aspetos positivos e negativos, resultantes da LVM. Deste modo, através da análise qualitativa, às duas questões abertas, concluiu-se que todos os indivíduos identificaram, pelo menos, um aspeto negativo advindo da LVM. Os aspetos negativos mais referidos inserem-se na categoria das *limitações*, destacando-se a subcategoria das limitações físicas, que agrupa 53,7% das respostas dadas. Este resultado sugere que as limitações e as perdas físicas são as conseqüências que mais inquietam e inibem os indivíduos com LVM, interferindo com a QV destes (Kaiser & Kennedy, 2011). O facto de, no presente estudo, os indivíduos com LVM revelarem QV inferior à população saudável, mas apenas em termos físicos, atesta o resultado obtido relativamente aos aspetos negativos que advêm de uma lesão medular. Além disso, também Amaral (2009) concluiu que são as mudanças e as perdas, provocadas pela lesão medular, a nível físico, que geram inúmeras dificuldades, traduzidas nas mais diversas dimensões humanas.

Ainda assim, 88% dos participantes, do presente estudo, conseguiram identificar, pelo menos, um aspeto positivo resultante da lesão. A maioria reconheceu, que a LVM mudou a perspectiva e, conseqüentemente, a postura que tinham na e acerca da vida. Este resultado é congruente com a literatura, onde se tem verificado que os indivíduos, numa situação de doença, tendem a refletir sobre a vida e a sua finitude, desenvolvendo, inclusive, uma visão diferente sobre a mesma, isto é, passando a valorizá-la mais, a desfrutar dos pequenos detalhes e a viver mais o momento presente (Guerra, 1998). Este resultado pode, ainda, ser articulado com aqueles que foram obtidos e supracitados, nas variáveis em estudo: o facto de os indivíduos com LVM terem níveis satisfatórios de sentido de vida e, sobretudo, revelarem valores elevados de resiliência, pressupõe que os



mesmos conseguem, perante uma adversidade, como a lesão medular, criar significado para a sua vida.

Por sua vez, o *suporte social* foi a segunda categoria mais expressa nas respostas positivas dos indivíduos. Desta forma, e tal como é sugerido pela literatura, a aproximação e o estreitamento das relações revelaram-se um fator essencial no processo de recuperação e da adaptação dos indivíduos à LVM (Murta & Guimarães, 2007).

Para terminar, importa ainda refletir sobre o facto de não existir uma grande discrepância entre o número de aspetos positivos e negativos enunciados pelos indivíduos com LVM. Ainda que 39,4% (13) dos participantes tenham referido mais aspetos negativos, 30,3% (10) identificaram mais aspetos positivos e os restantes, 30,3% (10), expressaram um número igual de aspetos positivos e negativos. Este panorama sugere que os indivíduos com LVM, do presente estudo, apesar de viverem uma situação difícil, conseguem ultrapassar as adversidades e as exigências diárias, inerentes à sua condição, encontrando, ainda, significado para a sua vida. Este resultado é veiculado na literatura recente, sobretudo pela *Psicologia Positiva*, que tem revelado que as situações de crise e/ou de adversidade, como uma doença, não são necessária e exclusivamente negativas, podendo, inclusive, ser facilitadoras do desenvolvimento de algumas “forças” humanas e do crescimento positivo (Fazio et al., 2008).

Em suma, os resultados (quantitativos e qualitativos) apresentados e discutidos corroboram a literatura, na medida em que os fatores psicológicos se mostraram mais proeminentes na adaptação à lesão vertebro-medular, comparativamente com os fatores clínicos e sociodemográficos.

## 6. Conclusão

Nesta secção, realizar-se-á uma reflexão e uma compilação das principais conclusões acerca do estudo, sendo também apresentados os pontos fortes e as limitações da presente investigação. Serão, também mencionadas, algumas linhas orientadoras para melhorar a intervenção psicológica junto dos indivíduos com LVM, bem como, algumas sugestões para as investigações futuras nesta temática.

Este estudo tinha como principal objetivo caracterizar psicologicamente as pessoas com LVM e, a partir daí, averiguar a influência das variáveis psicológicas na adaptação à lesão. Assim, é importante debruçarmo-nos reflexivamente sobre a questão de investigação, orientadora de todo o estudo. A resposta à mesma, será realizada segmentadamente, com o intuito de facilitar a compreensão aprofundada.

As duas primeiras partes interrogam *será que existem diferenças entre a população LVM e indivíduos saudáveis, em termos de níveis de depressão, sentido de vida, suporte social, resiliência e de QV?* E *quais as variáveis que melhor distinguem os dois grupos?* O grupo de indivíduos com LVM apresentou níveis superiores de resiliência e níveis inferiores de QV física. Salienta-se, mais uma vez, que o resultado obtido poderá ser justificado pelo facto de os indivíduos com LVM se encontrarem confrontados com um evento adverso, em oposição aos participantes saudáveis, que terão mais dificuldade em reconhecer e identificar o comportamento resiliente perante situações desfavoráveis. Por sua vez, relativamente à QV, globalmente, os estudos têm revelado que os indivíduos com LVM reportam níveis inferiores de QV, comparativamente com a população saudável (Ferreira, 2012).

Assim, os indivíduos que apresentam valores mais elevados de resiliência têm maior probabilidade de pertencer ao grupo clínico (i.e., LVM). Não obstante, é também o domínio físico da QV que melhor permite distinguir os grupos em estudo; ou seja, os indivíduos com níveis inferiores de QV física tendem a pertencer ao grupo LVM. Estes resultados atestam, não só as consequências físicas da LVM, como também alertam para a importância das variáveis psicológicas positivas atuarem como fatores protetores na adaptação à LVM.

A terceira e última parte da questão de investigação, inquire sobre *quais os fatores que mais contribuem para a perceção de melhor QV, nos indivíduos com LVM?* Constatou-se que o sentido de vida e o suporte social são os fatores que contribuem significativamente para uma melhor perceção de QV. Neste sentido, os indivíduos que

apresentam níveis mais elevados de sentido de vida e suporte social adequado revelam uma melhor percepção da QV, em três dos seus domínios (i.e., físico, social e ambiental), sendo que estes resultados vão ao encontro da literatura existente. Independentemente de uns estudos mostrarem o sentido de vida como principal preditor da QV e outros referirem o suporte social, sabe-se que ambos os fatores estão associados ao bem-estar subjetivo e são protetores na doença, assumindo-se assim como essenciais para a QV das pessoas (Rodrigues, 2015).

Ainda que o sentido de vida e o suporte social contribuam para uma melhor percepção da QV, verificou-se que o domínio psicológico da QV é melhor explicado pelo sentido de vida, em conjunto, com a depressão. Este resultado era expectável, tendo em conta a literatura consultada, pois o sentido de vida aparece fortemente correlacionado com a adaptação e o crescimento positivo (Fazio et al., 2008) e os sintomas depressivos dificultam a adaptação bem-sucedida à LVM, reduzindo a QV dos indivíduos (Bonanno et al., 2012). Por fim, importa referir que, no presente estudo, a resiliência não se correlacionou com a QV dos indivíduos com LVM, contrariando os estudos de Dezarnaulds e Ilchef (2014) que a associaram a maior QV. Este resultado foi surpreendente, e para ele não encontramos ainda uma hipótese explicativa.

No presente estudo havia, ainda, o objetivo de compreender mais amplamente quais as consequências positivas e negativas que a lesão trouxera aos indivíduos. Assim, as respostas, analisadas qualitativamente, complementam e consolidam os dados quantitativos encontrados: as *limitações*, e mais especificamente, as limitações físicas, foram os aspetos negativos mais referidos pelos participantes com LVM, reforçando, portanto, a baixa QV física reportada por estes, através do questionário WHOQOL-BREF. Por sua vez, nos aspetos positivos, a maioria dos indivíduos enfatizou a *mudança de perspetiva de vida*. Este dado fortalece os resultados quantitativos obtidos na avaliação do sentido de vida e da resiliência; ou seja, é possível os indivíduos encontrarem significado para as suas vidas, após eventos difíceis (e.g., LVM), sendo que a mudança de perspetiva sobre a vida ajudará a que os mesmos desenvolvam competências resilientes e, assim, se adaptem à lesão. Ainda nos aspetos positivos, os indivíduos salientaram o *suporte social*, reforçando os resultados quantitativos obtidos e alertando para a importância deste na adaptação à LVM.

Nesta sequência, os resultados obtidos (quantitativos e qualitativos) fornecem pistas essenciais para a intervenção psicológica junto da população LVM. Relativamente ao sentido de vida, realça-se a necessidade de criar objetivos e promover a motivação na vida dos indivíduos com LVM. Para isso, é importante explorar as necessidades e desejos de

cada um, tendo subjacentes as preferências e as capacidades dos mesmos, para que estes consigam encontrar um significado para a sua vida. Será, também, uma mais-valia, o indivíduo encontrar-se ativo e integrado na comunidade: sentir que tem valor e um lugar na sociedade fomentará positivamente o seu autoconceito e a sua autoestima e, consequentemente, impedirá e/ou diminuirá a presença de sintomas depressivos. Neste sentido, tendo-se o sentido de vida e o suporte social revelado preditores de uma boa QV, será benéfico desenvolver e implementar programas de intervenção psicoeducativos e, também, grupos de apoio: o facto de os indivíduos com LVM poderem contactar com outras pessoas, em situações semelhantes, permitirá não só a partilha de medos, dúvidas, tristezas, mas também a reconstrução do *self* e a promoção de competências resilientes que facilitem ultrapassar um evento de vida difícil, como a LVM. A intervenção psicológica deve, ainda, contemplar um trabalho ativo com a família do indivíduo, para que este se sinta “amparado”: além do “apoio instrumental” dado ao indivíduo no seu dia-a-dia, é importante que este sinta que tem alguém com quem pode contar para superar as suas angústias e frustrações. Em suma, é imprescindível haver uma reconstrução do *self* e uma reelaboração de um projeto de vida, devendo, também, ser maximizada a presença de variáveis psicológicas positivas e consolidados os ganhos provenientes da LVM, referidos pelos indivíduos.

Para terminar, importa refletir sobre os pontos fortes e as limitações da presente investigação. Desde logo, salienta-se o facto do presente estudo abarcar um grupo de indivíduos com LVM e outro de participantes saudáveis, com características sociodemográficas semelhantes, possibilitando, assim, a comparação entre os grupos. A realização das entrevistas, presencialmente, constituiu, para os indivíduos, um momento de partilha da sua história de vida (e.g., “o que mudou depois da LVM”) e dos sentimentos a ela associados, sendo, por isso, um ponto a favor do estudo. Também é positivo o facto de este se inserir na *Psicologia Positiva*, entrando, assim, em rutura com os modelos tradicionais da doença: os resultados obtidos robustecem a perspetiva de que a LVM, apesar de acarretar consequências negativas, pode também provocar mudanças positivas nos indivíduos (e.g., crescer positivamente, desenvolver capacidades humanas), que lhes permitam viver felizes e adaptados à LVM.

As investigações realizadas em Portugal, junto da população LVM, são ainda escassas, não havendo muitos estudos que versem as variáveis psicológicas positivas em foco. Deste modo, realça-se o interesse e a mais-valia das variáveis escolhidas, nomeadamente, o sentido de vida e o suporte social, que se correlacionam positivamente

com a QV (conceito fulcral na *Psicologia da Saúde*). Além disso, o estudo inclui a resiliência: uma variável recentemente estudada no âmbito da adaptação à doença. Considera-se também vantajoso o facto de o estudo abarcar uma variável negativa (i.e., a depressão), que poderá influenciar o processo de adaptação. Neste sentido, o presente estudo assume-se como inovador e relevante, tanto para a população LVM, como para a *Psicologia da Saúde*.

Não obstante, a presente investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente, o tamanho reduzido da amostra e o método de amostragem (e.g., grupo clínico recolhido num único hospital) que impossibilitam a generalização dos resultados. Com efeito, seria importante, que investigações futuras alargassem o número de participantes e incluíssem indivíduos de diferentes zonas hospitalares. Também as características da amostra clínica são uma limitação: o facto de esta ser constituída, maioritariamente, por paraplegias incompletas, poderá explicar os resultados satisfatórios obtidos nas variáveis em estudo. Assim, seria útil garantir, em estudos futuros, a homogeneidade quanto ao nível e extensão da LVM.

Finalmente, seria interessante que investigações futuras versassem sobre as variáveis aqui estudadas, a fim de obter conclusões mais fidedignas. Abordar a participação ativa dos indivíduos seria benéfico, pois o facto de estes terem objetivos diários e sentirem que a sua vida tem um propósito poderia dar indicações acerca da adaptação à LVM. Aferir quais as características da personalidade que estão ligadas a uma melhor vs pior adaptação, bem como apurar a autoestima e o autoconceito poderia, também, revelar-se pertinente, uma vez que estes poderão ser afetados pelo facto de o indivíduo com LVM se sentir dependente dos outros para as suas rotinas diárias. Em suma, o leque de investigação neste domínio é escasso, pelo que outros aspetos psicológicos poderão (e deverão) ser estudados no futuro.

## 7. Referências bibliográficas

- Afonso, J. P. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente*. Braga, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.
- Amaral, M. T. (2009). Encontrar um novo sentido de vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (3), 573-580.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda.
- Beedie, A., & Kennedy, P. (September de 2002). Quality of Social Support Predicts Hopelessness and Depression Post Spinal Cord Injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9 (3), 227-234.
- Blanes, L., Carmagnani, M. I., & Ferreira, L. M. (2009). Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Qual Life Res*, 18, 15-21. doi: 10.1007/s11136-008-9411-9
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Elfström, M. L., & Lude, P. (2012). Trajectories of Resilience, Depression, and Anxiety Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 57 (3), 236–247. doi: 10.1037/a0029256
- Brunozi, A. E., Silva, A. C., Firmino, L. G., & Veronezi, R. J. (2011). Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. *Revista Neurociencia*, 19 (1), 139-144.
- Buunk, A. P., Zurriaga, R., & González, P. (December de 2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology and Health*, 21 (6), 791-807. doi: 10.1080/14768320500444117
- Cao, Y., DiPiro, N. D., Xi, J., & Krause, J. S. (2014). Unmet Expectations of Adjustment and Depressive Symptoms Among People With Chronic Traumatic Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 59 (3), 313–320. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036868>
- Carvalho, Á. A., Mateus, P., & Xavier, M. (Março de 2016). [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Obtido de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., & Chiu, C.-Y. (2011). The Buffering Effect of Resilience on Depression Among Individuals With Spinal Cord Injury: A Structural Equation Model. *Rehabilitation Psychology*, 56 (3), 200-211. doi: 10.1037/a0024571

- Cohen, J. W. (1988). *Statistical Power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craig, A., Perry, K. N., Guest, R., Tran, Y., & Middleton, J. (2015). Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *British Journal of Health Psychology*, 20, 807–823. doi: 10.1111/bjhp.12143
- Davis, C. G., & Novoa, D. C. (2013). Meaning-making following spinal cord injury: individual differences and within-person change. *Rehabilitation Psychology*, 58 (2), 166–177. doi: 10.1037/a0031554
- deRoos-Cassini, T. A., Hastings, J., Aubin, S. E., Valvano, A. K., & Brasel, K. J. (2013). Meaning-Making Appraisals Relevant to Adjustment for Veterans With Spinal Cord Injury. *Psychological Services*, 10 (2), 186–193. doi: 10.1037/a0030963
- DeVivo, M. J., & Richards, J. S. (1992). Community reintegration and quality of life following spinal cord injury. *Paraplegia*, 30, 108-112.
- Dezarnaulds, A., & Ilchef, R. (February de 2014). *Agency for Clinical Innovation*. Obtido de [www.aci.health.nsw.gov.au](http://www.aci.health.nsw.gov.au).
- Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning in Life: An Important Factor for the Psychological Well-Being of Chronically Ill Patients? *Rehabilitation Psychology*, 58(4), 334–341.
- Dibb, B., Ellis-Hill, C., Donovan-Hall, M., Burrige, J., & Rushton, D. (2014). Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 19 (8), 1043-1054. doi: 10.1177/1359105313483158
- Dickson, A., Allan, D., Ronan, &, & Carroll, O.' (2008). Biographical disruption and the experience of loss following a spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology and Health May*, 23(4), 407–425. doi: <http://doi.org/10.1080/14768320701219136>
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35, 829-840.
- Dijkers, M. P. (August de 1999). Correlates of Life Satisfaction Among Persons With Spinal Cord Injury. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 867-876.
- Elliott, T. R., & Frank, R. G. (August de 1996). Depression Following Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 77, 816-823.

- Fazio, R. J., Rashid, T., & Hayward, H. (2008). Growth through loss and adversity: a choice worth making. In S. J. Lopez (Ed.), *Positive psychology: exploring the best in people* (Vol. (3) Growing in the face of adversity, pp. 1-28). Westport: Praeger Perspectives.
- Ferreira, M. (2012). *Adaptação à Lesão Vertebro-Medular: Influência da Felicidade, Sentido de Vida, Suporte Social, Depressão e Coping na Qualidade de Vida*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, M., & Guerra, M. P. (2014). Adaptação à lesão vertebro-medular. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 380-395. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150205>
- Fonseca, S., Lencastre, L., & Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with breast cancer. *Paidéia*, 24(59), 295-303. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272459201403>.
- Guerra, M. P. (1995). Uma escala de avaliação do suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25-34.
- Guerra, M. P. (1998). *SIDA. Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Guerra, M. P., Lencastre, L., Silva, E., & Teixeira, P. M. (2017). Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *Cogent Psychology*, 4, 1-12. doi: 10.1080/23311908.2017.1286747
- Guest, R., K, N. P., Tran, Y., Middleton, J., & Craig, A. (2014). A Prospective Study of the Change in Quality of Life in Adults with a Newly Acquired Spinal Cord Injury. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* , 2 (5), 1-5. doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9096.1000222>
- Hampton, N. Z. (2004). Subjective Well-Being Among People with Spinal Cord Injuries: The Role of Self-Efficacy, Perceived Social Support, and Perceived Health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48 (1), 31–37.
- Hitzig, S. L., Noreau, L., Balioussis, C., Routhier, F., Kairy, D., & Craven, B. C. (2013). The development of the spinal cord injury participation and quality of life (PAR-QoL) tool-kit. *Disability & Rehabilitation*, 35 (16), 1408–1414. doi: 10.3109/09638288.2012.73534
- Kaiser, S., & Kennedy, P. (December de 2011). Na exploration of cognitive appraisals following spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 16 (6), 708–718. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2011.564190>



- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (January de 2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (1), 17–33. doi: 10.1080/13548500802001801
- Krause, J. S., & Edles, P. A. (2014). Injury perceptions, hope for recovery, and psychological status after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 59 (2), 176–182. doi: 10.1037/a0035778
- Lustig, D. C. (2005). The Adjustment Process for Individuals With Spinal Cord Injury: The Effect of Perceived Premorbid Sense of Coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48 (3), 146–156.
- Manns, P. J., & Chad, K. E. (December de 1999). Determining the Relation Between Quality of Life, Handicap, Fitness, and Physical Activity for Persons With Spinal Cord Injury. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1566–1571.
- Martins, A. C. (2008). *Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeiras de Rodas: Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Murphy, G. C., O'Hare, M. A., & Wallis, L. (2010). The Relationships Among Different Types of Social Support Accessed by Traumatic Spinal Cord Injury Survivors. *International Journal of Disability Management*, 5 (2), 59–66. doi: 10.1375/jdmr.5.2.59
- Murta, S. G., & Guimarães, S. S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 57-63.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 5-13.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (March de 2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS*. Buckingham: Open University Press.
- Peter, C., Müller, R., Werner, C. S., Geyh, S., Post, M. W., & Leeuwen, C. M. (2015). Depression in Spinal Cord Injury: Assessing the Role of Psychological Resources.

- (A. P. Association, Ed.) *Rehabilitation Psychology*, 60 (1), 67-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000021>
- Quale, A. J., & Schanke, A.-K. (2010). Resilience in the Face of Coping With a Severe Physical Injury: A Study of Trajectories of Adjustment in a Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Psychology*, 55 (1), 12–22.
- Rodrigues, A. S. (2015). *Sentido de Vida e Suporte Social no Desenvolvimento Humano Saudável: revisão sistemática*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Schönenberg, M., Reimitz, M., Jusyte, A., Maier, D., Badke, A., & Hautzinger, M. (24 de November de 2012). Depression, Posttraumatic Stress, and Risk Factors Following Spinal Cord Injury. *Int.J. Behav. Med.*, 21, 169-176. doi: 10.1007/s12529-012-9284-8
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Sherman, J. E., DeVinney, D. J., & Sperling, K. B. (2004). Social Support and Adjustment After Spinal Cord Injury: Influence of Past Peer-Mentoring Experiences and Current Live-In Partner. *Rehabilitation Psychology*, 49 (2), 140–149. doi: 10.1037/0090-5550.49.2.140
- Silveira, D. R., & Mahfoud, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 565-576.
- Simpson, G., & Jones, K. (2012). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27 (4), 367–377.
- Stensman, R. (1994). Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal study of self-reported quality of life. *Paraplegia*, 32, 416-422.
- Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48 (2), 100–108. doi: 10.1037/0090-5550.48.2.100
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation From a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55 (1), 23–32. doi: 10.1037/a0018451

World Health Organization. (1997). WHOQOL *Measuring Quality of life*. Obtido de [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

## **ANEXOS**

## Anexo 1 - Questionário sociodemográfico e clínico

### Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este breve questionário tem como objetivo recolher alguns dados sobre si e sobre a sua história clínica. Caso surja alguma dúvida não hesite em questionar. Por favor, nas questões de escolha múltipla assinale com um X a opção que mais se adequa à sua situação, e nas restantes preencha o espaço deixado em branco.

**Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Estado Civil:** Solteiro(a) ☐  
Casado(a)/União de facto ☐  
Divorciado(a) ☐  
Viúvo(a) ☐  
Companheiro(a) ☐

**Com quem vive atualmente?** \_\_\_\_\_

**Tem filhos?:** Sim ☐ Não ☐ Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

**Escolaridade (Número de anos):** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Tempo da lesão:** \_\_\_\_\_ (anos), \_\_\_\_\_ (meses)

**Extensão da lesão:** Completa ☐  
Incompleta ☐

**Motivo da lesão:** \_\_\_\_\_

**Indique, por favor, aspetos positivos e aspetos negativos, na sua vida, após a lesão.**

Aspetos Positivos	Aspetos Negativos

**Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto**



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
**PARECER (Ref<sup>a</sup> 10-10/2016)**

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo examinado os documentos relativos ao projeto de investigação apresentado por **Diana Coelho**, sob a orientação da **Professora Marina Prista Guerra**, e intitulado “**Adaptação à lesão vertebro-muscular: influência da depressão, sentido da vida, suporte social e resiliência na qualidade de vida**”, emite um parecer favorável à sua realização.

A CE propõe, contudo, no seguimento do seu parecer anterior:

- a) Que seja referido explicitamente no documento informativo o facto de se prever, não só uma divulgação dos resultados da pesquisa em meio científico, mas também sua apresentação aos utentes e técnicos do Hospital;
- b) A propósito da questão da acessibilidade da linguagem utilizada no documento informativo dirigido aos participantes: que seja suprimida a precisão “baseados nos constructos”;
- c) A propósito da organização dos textos e sua enunciação, que sejam suprimidas:
  - ✓ Neste mesmo documento informativo: a frase “Será garantido que os participantes não possuem nenhuma lesão cerebral e/ou défices cognitivos”; e, no fim do documento, as palavras “e privacidade”.
  - ✓ No fim do documento de consentimento informado, as palavras “garantindo o anonimato”.

FPCEUP, 03 de novembro de 2016

A Presidente,

Prof.ª Marianne Lacomblez

**Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética das Unidades Operacionais de Saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto**

Exmo. Sr. Diretor Clínico

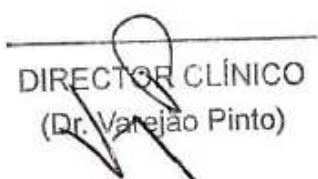
Dr. Varejão Pinto:

Na reunião de 27 de Dezembro de 2016, apreciou a Comissão de Ética das Unidades Operacionais de Saúde da SCMP, o projeto da aluna Diana Coelho, remetido a este órgão para apreciação, e encarrega-me o Sr. Presidente desta Comissão de o informar que:

- O mesmo obteve parecer favorável.

A Secretária da Comissão de Ética

Anabela Monteiro

  
DIRECTOR CLÍNICO  
(Dr. Varejão Pinto)

## **Anexo 4 - Informação ao participante**

### **Informação ao Participante**

O estudo “ Adaptação à Lesão Vertebro-Medular: Influência da depressão, sentido de vida, suporte social e resiliência na qualidade de vida”, que se encontra a ser realizado por, Diana Patrícia Pinto Coelho, contactável através do e-mail ([mipsi12036@fpce.up.pt](mailto:mipsi12036@fpce.up.pt)), visa compreender o comportamento dos indivíduos com lesão vertebro-medular e a qualidade de vida nos mesmos. Pretende, também, compreender a importância das variáveis depressão, sentido de vida, suporte social e a resiliência (ser capaz de ultrapassar as dificuldades inerentes às situações adversas) na adaptação à lesão vertebro-medular; esse conhecimento ajudará a delinear intervenções clínicas que melhor promovem a adaptação bem-sucedida.

A metodologia a aplicar implica uma amostra constituída pelos doentes, pertencentes à unidade de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Prelada, com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham recebido diagnóstico de lesão vertebro-medular, mais especificamente, paraplegia. Para este efeito, serão administrados os seguintes instrumentos: Questionário Clínico e Sociodemográfico, Subescala da depressão da HADS, Escala do Sentido de Vida, Escala de Avaliação do Suporte Social e Escala Breve de *Coping* Resiliente.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, podendo decidir se quer participar ou não, durante o tempo que necessitar. Tendo a possibilidade de se retirar do estudo se assim entender, sem que isso comprometa a assistência médica e o relacionamento com os profissionais de saúde. Não existem incómodos relativamente à participação no estudo, apenas o tempo que despender no preenchimento dos questionários, sempre na presença da psicóloga. Prevê-se uma divulgação dos resultados da pesquisa em meio científico, mas também aos utentes e técnicos do Hospital, sendo garantidos os direitos associados à confidencialidade.



## **Anexo 5 - Declaração de Consentimento Informado**

### **Consentimento Informado**

*“Adaptação à lesão vertebro-medular: influência da depressão, sentido de vida, suporte social e resiliência na qualidade de vida”*

Eu abaixo assinado, \_\_\_\_\_, fui informado que o estudo de investigação, acima referido, visa estudar a influência de algumas variáveis psicológicas (depressão, sentido de vida, suporte social e resiliência) no processo de adaptação de pessoas com lesão vertebro-medular. A participação demorará entre 45 a 60 minutos.

Tomei conhecimento, que o estudo apenas engloba o preenchimento de diversos questionários, tendo-me dado, ainda, a oportunidade de fazer as perguntas que julgar necessárias e garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes, neste estudo, são confidenciais, sendo, portanto, mantido o anonimato.

De acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, tomei conhecimento, que a informação ou explicação que me foi prestada versam os objetivos, os métodos, os benefícios previstos ou riscos potenciais e o eventual desconforto. Sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a minha participação, no estudo de investigação, sem nenhum tipo de penalização. Assim, aceito participar de livre vontade no estudo, acima mencionado, e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Anexo 6 - Correlações entre as variáveis em estudo e os fatores sociodemográficos (idade e escolaridade)**

		1	2	3	4	5	6
<b>1.Idade</b>	Correlação de Pearson	-					
	N						
<b>2.Escolaridade</b>	Correlação de Pearson	-,358*	-				
	N	33	33				
<b>3.Depressão</b>	Correlação de Pearson	-,102	-,189	-			
	N	33	33				
<b>4.Sentido de Vida</b>	Correlação de Pearson	-,157	,264	-,535**	-		
	N	33	33	33	33		
<b>5.Suporte Social</b>	Correlação de Pearson	,184	,003	-,451**	,553**	-	
	N	33	33	33	33		
<b>6.Resiliência</b>	Correlação de Pearson	-,378*	,124	-,485**	,590**	,229	-
	N	33	33	33	33	33	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

		1	2	3	4	5	6
<b>1.Idade</b>	Correlação de Pearson	-					
	N						
<b>2.Escolaridade</b>	Correlação de Pearson	-,358*	-				
	N	33					
<b>3.Domínio físico da QV</b>	Correlação de Pearson	-,111	,096	-			
	N	33	33	33			
<b>4.Domínio psicológico da QV</b>	Correlação de Pearson	,028	,092	,585**	-		
	N	33	33	33			
<b>5.Domínio social da QV</b>	Correlação de Pearson	-,036	-,025	,522**	,563**	-	
	N	33	33	33	33		
<b>6.Domínio ambiental da QV</b>	Correlação de Pearson	,044	,301	,685**	,617**	,595**	-
	N	33	33	33	33	33	

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

**Anexo 7** – Resultados das variáveis computadas “sem suporte conjugal” e “com suporte conjugal” (média e desvio-padrão), valores *t-Student* para amostras independentes e sua significância estatística

	“sem suporte conjugal” ( <i>n</i> =14)	“com suporte conjugal” ( <i>n</i> =19)	Comparação entre grupos		
	Média ± <i>DP</i>	Média ± <i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<b>Depressão</b>	5,21 ± 4,28	4,84 ± 3,29	,283	31	,779
<b>Sentido de Vida</b>	29,29 ± 4,99	27,89 ± 4,68	,820	31	,418
<b>Suporte Social</b>	76,29 ± 13,02	81,05 ± 9,60	-1,213	31	,234
<b>Resiliência</b>	16,36 ± 3,20	15,58 ± 3,34	,673	31	,506

	“sem suporte conjugal” ( <i>n</i> =14)	“com suporte conjugal” ( <i>n</i> =19)	Comparação entre grupos		
	Média ± <i>DP</i>	Média ± <i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<b>Domínio Físico da QV</b>	61,73 ± 18,23	59,21 ± 17,83	,398	31	,693
<b>Domínio Psicológico da QV</b>	72,92 ± 18,97	75,44 ± 15,71	-,417	31	,679
<b>Domínio Social da QV</b>	69,05 ± 23,44	68,86 ± 12,06	,027	18,067	,978
<b>Domínio Ambiental da QV</b>	66,29 ± 18,72	65,13 ± 12,20	,216	31	,830

**Anexo 8** - Correlações entre as variáveis em estudo e os fatores clínicos (tempo, nível e extensão da lesão)

		1	2	3	4	5	6	7
<b>1.Tempo da lesão</b>	Correlação de Pearson	-						
	N							
<b>2.Nível da lesão</b>	Correlação de Pearson	-,075	-					
	N	33						
<b>3.Extensão da lesão</b>	Correlação de Pearson	-,066	,227	-				
	N	33	33					
<b>4.Depressão</b>	Correlação de Pearson	-,047	,089	,160	-			
	N	33	33	33				
<b>5.Sentido de Vida</b>	Correlação de Pearson	-,036	,009	,073	-,535**	-		
	N	33	33	33	33			
<b>6.Suporte social</b>	Correlação de Pearson	-,301	-,141	,263	-,451**	,553**	-	
	N	33	33	33	33	33		
<b>7.Resiliência</b>	Correlação de Pearson	-,016	,000	-,040	-,485**	,590**	,229	-
	N	33	33	33	33	33	33	

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

		1	2	3	4	5	6	7
<b>1.Tempo da lesão</b>	Correlação de Pearson	-						
	N							
<b>2.Nível da lesão</b>	Correlação de Pearson	-,075	-					
	N	33						
<b>3.Extensão da lesão</b>	Correlação de Pearson	-,066	,227	-				
	N	33	33					
<b>4.Domínio físico da QV</b>	Correlação de Pearson	-,173	-,455**	-,004	-			
	N	33	33	33				
<b>5.Domínio psicológico da QV</b>	Correlação de Pearson	-,013	-,246	,070	,585**	-		
	N	33	33	33	33			
<b>6.Domínio social da QV</b>	Correlação de Pearson	-,186	-,218	,280	,522**	,563**	-	
	N	33	33	33	33	33		
<b>7.Domínio ambiental da QV</b>	Correlação de Pearson	-,322	-,149	,000	,685**	,617**	,595**	-
	N	33	33	33	33	33	33	

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

**Anexo 9** - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos positivos na sua vida, após a lesão”.

- “Reconhecimento de situações diferentes.”
- “Adaptação e aceitação da nova condição física.”
- “Mais cuidado com a saúde (e.g., hipertensão e diabetes).”
- “Apoio Social (e.g., família e amigos).”
- “Netos.”
- “Sentir-se com mais força para enfrentar o dia-a-dia.”
- “Mais força para viver.”
- “Aprender novas formas de resolver a movimentação por outras formas.”
- “Apoio familiar, amigos – as pessoas têm sido incansáveis.”
- “Mais tempo livre.”
- “Novas atividades que nunca pensaria vir a fazer.”
- “Ver a vida de outra forma mudou completamente a minha mentalidade.”
- “Conhecer pessoas completamente diferentes.”
- “Praticar desporto competitivo.”
- “Capacidade de reestruturação da vida.”
- “Possibilidade da prática de desporto.”
- “Paciência.”
- “Agora sou autónomo, conduzo. Faço por assim dizer a vida normal com limitações físicas e a invalidez.”
- “Maior Sensibilidade perante situações iguais ou semelhantes.”
- “Conseguir construção da casa com acordo com a companhia de seguros.”
- “Ver a vida de maneira diferente (e.g., com mais amor; ser mais tolerante).”
- “Menos obsessão pelos bens materiais.”
- “Felicidade por estar vivo.”
- “Visões diferentes e perspetivas.”
- “Aprendizagem diferente para cada tarefa para poder conseguir concluir, mediante a dificuldade.”
- “Dadas as limitações é saber aproveitar a vida e tirar o melhor partido das pequenas coisas.”
- “Vontade de recuperar.”

- “Não desistir.”
- “Mais respeito por nós.”
- “Suporte social.”
- “Hoje vivo normalmente o dia-a-dia dentro das possibilidades.”
- “Para mim o que veio de positivo é eu poder conviver com outras pessoas quando estou internada.”
- “Descer a um mundo novo que para mim era desconhecido...e conhecer seres humanos maravilhosos. Ter a noção de que todos os seres humanos têm os mesmos sonhos e ambições e pensam da mesma maneira.”
- “Toda a gente me ajuda e sinto muito carinho à minha volta.”
- “Amigos diferentes dos habituais.”
- “Fazer vela.”
- “Melhoras significativas quanto à autonomia (não como queria, mas agora aceito).”
- “Hoje sinto-me feliz com aquilo que Deus me quis, apesar de ir na cadeira de rodas.”
- “Apoio familiar.”
- “Assistência.”
- “Melhorias físicas (e.g., movimentos subtis nas mãos e nas pernas).”
- “Fortalecimento de Relações.”
- “Ser mais forte mentalmente.”
- “Uma pessoa tenta adaptar-se.”
- “Melhorias nos membros superiores e inferiores (ainda que ligeiramente).”
- “Divórcio.”
- “Conheci a minha esposa.”
- “Casei.”
- “Fui pai.”
- “Amadureci muito.”
- “Uni a minha família.”
- “Acalmar um bocado em diferentes situações; mais concentração e menos explosão.”
- “Mais autocontrolo.”
- “Maior interação com as pessoas (devido à dependência).”
- “Benefícios fiscais.”
- “Aprender a ser paciente.”

- “Perspetivas diferentes da vida (e.g., dar mais valor às coisas boas e relativizar as coisas menos boas).”
- “Pequenas recuperações (e.g., movimentos).”

**Anexo 10** - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos positivos na sua vida, após a lesão”, agrupadas em categorias

Categorias	Subcategoria	Respostas dos indivíduos com LVM
<b>a. Mudança de perspectiva sobre a vida</b>	<i>a1. Valorização da vida</i>	<p>“Mais força para viver.”</p> <p>“Descer a um mundo novo que para mim era desconhecido...e conhecer seres humanos maravilhosos. Ter a noção de que todos os seres humanos têm os mesmos sonhos e ambições e pensam da mesma maneira.”</p> <p>“Mais força para viver.”</p> <p>“Perspetivas diferentes da vida (e.g., dar mais valor às coisas boas e relativizar as coisas menos boas).”</p> <p>“Dadas as limitações é saber aproveitar a vida e tirar o melhor partido das pequenas coisas.”</p> <p>“Visões diferentes e perspetivas.”</p> <p>“Ver a vida de maneira diferente (e.g., com mais amor, ser mais tolerante).”</p> <p>“Capacidade de reestruturação da vida.”</p> <p>“Ver a vida de outra forma mudou completamente a minha mentalidade.”</p> <p>“Felicidade por estar vivo.”</p> <p>“Menos obsessão pelos bens materiais.”</p>
	<i>a2. Mudanças psicológicas e comportamentais</i>	<p>“Mais cuidado com a saúde (e.g., hipertensão e diabetes).”</p> <p>“Uma pessoa tenta adaptar-se.”</p> <p>“Paciência.”</p> <p>“Maior Sensibilidade perante situações iguais ou semelhantes.”</p> <p>“Ser mais forte mentalmente.”</p> <p>“Amadureci muito.”</p> <p>“Acalmar um bocado em diferentes situações, mais concentração e menos explosão.”</p> <p>“Mais autocontrolo.”</p> <p>“Aprender a ser paciente.”</p> <p>“Vontade de recuperar.”</p> <p>“Não desistir.”</p>



“Sentir-se com mais força para enfrentar o dia-a-dia.”

“Adaptação e aceitação da nova condição física.”

“Hoje sinto-me feliz com aquilo que Deus me quis, apesar de ir na cadeira de rodas.”

“Reconhecimento de situações diferentes.”

“Mais respeito por nós.”

*a3.  
ganhos/novas  
oportunidades*

*Outros*

“Possibilidade da prática de desporto.”

“Conseguir construção da casa com acordo com a companhia de seguros.”

“Fazer vela.”

“Benefícios fiscais.”

“Praticar desporto competitivo.”

“Novas atividades que nunca pensaria vir a fazer.”

“Mais tempo livre.”

## **b. Suporte social**

“Apoio Social (e.g., família e amigos).”

“Apoio familiar, amigos — as pessoas têm sido incansáveis.”

“Suporte social.”

“Para mim o que veio de positivo é eu poder conviver com outras pessoas quando estou internada.”

“Toda a gente me ajuda e sinto muito carinho à minha volta.”

“Amigos diferentes dos habituais.”

“Apoio familiar.”

“Fortalecimento de relações.”

“Conheci a minha esposa.”

“Casei.”

“Fui pai.”

“Uni a minha família.”

“Maior interação com as pessoas (devido à dependência).”

“Divórcio.”

“Assistência.”

“Conhecer pessoas completamente diferentes.”

**c. Funcionamento físico**

“Netos.”

“Pequenas recuperações (e.g., movimentos).”

“Melhorias nos membros superiores e inferiores (ainda que ligeiramente).”

“Melhorias físicas (e.g., movimentos subtis nas mãos e nas pernas).”

“Melhoras significativas quanto à autonomia (não como queria, mas agora aceito).”

“Hoje vivo normalmente o dia-a-dia dentro das possibilidades.”

“Aprendizagem diferente para cada tarefa para poder conseguir concluir, mediante a dificuldade.”

“Agora sou autónomo, conduzo. Faço por assim dizer a vida normal com limitações físicas e a invalidez.”

“Aprender novas formas de resolver a movimentação por outras formas.”

---

**Anexo 11** - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos negativos na sua vida, após a lesão”.

- “Limitação física inerente à incapacidade física.”
- “Incapacidade para questões quotidianas (e.g., limpeza de casa).”
- “Limitação física.”
- “Não conseguir efetuar a vida que até então havia programado.”
- “Limitação física que impossibilita toda a vida (e.g., emprego; desporto; atividades de lazer).”
- “Dependência – medicação.”
- “Limitações básicas diárias (e.g., idas ao WC; pedir ajuda para vestir).”
- “Dificuldade em tarefas.”
- “Não desgastar o que como (logo estou a engordar).”
- “Não desfrutar da vida com o mesmo prazer.”
- “Deixar de andar.”
- “Deixar de ter controlo das necessidades.”
- “Baixa autoestima.”
- “Dependência de terceiros.”
- “Não poder andar de mota.”
- “Componente financeira.”
- “Algumas limitações ao nível dos órgãos internos.”
- “Era guarda-costas na polícia, deixei de exercer a profissão, porque fiquei paraplégico...”
- “Mudança de planos (sonhos).”
- “Limitação física/barreiras arquitetónicas.”
- “A vida tornou-se mais complicada.”
- “Barreiras arquitetónicas.”
- “Perda de individualidade.”
- “Perda de mobilidade e sensibilidade.”
- “Necessidade de ajudas diárias.”
- “Necessidade de adaptação a nível geral.”
- “Perda de capacidades antigas.”
- “Não ter autonomia.”

- “Não ser independente.”
- “Não ter um trabalho em que me pudesse realizar.”
- “Não poder andar sem apoio.”
- “Limitações na vida sexual.”
- “Limitações no desporto.”
- “Barreiras arquitetónicas.”
- “Ficar furioso quando os acessos não dão para a cadeira de rodas.”
- “Para mim o que me veio foi quase tudo negativo, pois não posso fazer nada nem conviver com ninguém enquanto em casa, só posso fazer isso nos internamentos.”
- “Não poder ir ver o mar sempre que me apetece. Adoro o mar!”
- “Não gostar de mim quando me olho ao espelho, por isso, quase não me vejo.”
- “Não poder andar depressa. Tive de me adaptar a um ritmo muito lento. Às vezes não tenho paciência, pareço um cágado, quando eu era uma lebre do mato...”
- “Vida mais lenta.”
- “Dependência (triste por depender dos outros).”
- “Não conseguir tomar conta da casa.”
- “Incapacidade física (atividades).”
- “Dores.”
- “Não fazer o que se gosta.”
- “Dores.”
- “Dinheiro (não ganho o mesmo que a trabalhar).”
- “Ser uma pessoa completamente dependente; ter uma pessoa 24/dia comigo.”
- “Limitação física.”
- “Limitação física.”
- “Integração na sociedade.”
- “Consequências de saúde secundárias (e.g., intestino e parte urinária).”
- “Corte de relações familiares (e.g., marido vs família de origem da doente).”
- “Saúde piorando.”
- “Perdi a minha independência e autonomia.”
- “Impedido de praticar desporto.”
- “Não poder conduzir.”
- “Sobrecarreguei a minha família.”

- “Não ser independente.”
- “Barreiras físicas e psicológicas por parte da população.”
- “Início com propensão à depressão.”
- “Frustração por não poder fazer algumas coisas.”
- “Maior probabilidade de ter problemas de saúde.”
- “Mais custos (e.g., medicação).”
- “Dependência.”

**Anexo 12** - Respostas dos indivíduos com LVM à questão “indique, por favor, aspetos negativos na sua vida, após a lesão”, agrupadas em categorias.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Respostas dos indivíduos com LVM</b>
<b>a. Limitações</b>	<i>a1. Limitações físicas</i>	<p>“Limitação física.”</p> <p>“Incapacidade física (atividades).”</p> <p>“Limitação física inerente à incapacidade física.”</p> <p>“Limitação física.”</p> <p>“Limitação física que impossibilita toda a vida (e.g., emprego; desporto; atividades de lazer).”</p> <p>“Não poder andar sem apoio.”</p> <p>“Limitação física/barreiras arquitetónicas.”</p> <p>“Barreiras arquitetónicas.”</p> <p>“Limitação física/barreiras arquitetónicas.”</p> <p>“Perda de mobilidade e sensibilidade.”</p> <p>“Incapacidade para questões quotidianas (e.g., limpeza de casa).”</p> <p>“Dificuldade em tarefas.”</p> <p>“Não conseguir efetuar a vida que até então havia programado.”</p> <p>“Deixar de andar.”</p> <p>“Não poder andar de moto.”</p> <p>“Não poder andar depressa. Tive de me adaptar a um ritmo muito lento. Às vezes não tenho paciência, pareço um cágado, quando eu era uma lebre do mato...”</p> <p>“Para mim o que me veio foi quase tudo negativo, pois não posso fazer nada nem conviver com ninguém enquanto em casa, só posso fazer isso nos internamentos.”</p> <p>“Barreiras arquitetónicas.”</p> <p>“Não poder ir ver o mar sempre que me apetece. Adoro o mar!”</p> <p>“Vida mais lenta.”</p> <p>“Não conseguir tomar conta da casa.”</p> <p>“Não poder conduzir.”</p> <p>“Perda de capacidades antigas.”</p> <p>“Era guarda-costas na polícia, deixei de exercer a</p>

---

	profissão porque fiquei paraplégico...”
	“Impedido de praticar desporto.”
	“Limitações na vida sexual.”
	“Limitações no desporto.”
	“Não fazer o que se gosta.”
	“Não desfrutar da vida com o mesmo prazer.”
<i>a2. Limitações de saúde secundárias</i>	<p>“Algumas limitações ao nível dos órgãos internos.”</p> <p>“Maior probabilidade de ter problemas de saúde.”</p> <p>“Consequências de saúde secundárias (e.g., intestino e parte urinária).”</p> <p>“Saúde piorando.”</p> <p>“Não desgastar o que como (logo estou a engordar).”</p> <p>“Deixar de ter controlo das necessidades.”</p> <p>“Dependência – medicação.”</p> <p>“Dores.”</p>
<i>a3. Consequências psicológicas, comportamentais, económicas e reestruturação da vida (pessoal, social e familiar)</i>	<p>“Perda de individualidade.”</p> <p>“Baixa autoestima.”</p> <p>“Não gostar de mim quando me olho ao espelho, por isso, quase não me vejo.”</p> <p>“Início com propensão à depressão.”</p> <p>“Sobrecarreguei a minha família.”</p> <p>“Frustração por não poder fazer algumas coisas”</p> <p>“Ficar furioso quando os acessos não dão para a cadeira de rodas.”</p> <p>“Mais custos (e.g., medicação)”</p> <p>“Dinheiro (não ganho o mesmo que a trabalhar).”</p> <p>“Componente financeira.”</p> <p>“Integração na sociedade.”</p> <p>“Corte de relações familiares (marido vs família de origem da doente).”</p> <p>“Não ter um trabalho em que me pudesse realizar.”</p> <p>“Mudança de planos (sonhos).”</p> <p>“A vida tornou-se mais complicada.”</p>

“Necessidade de adaptação a nível geral.”

“Barreiras físicas e psicológicas por parte da população.”

## **b. Dependência**

“Dependência.”

“Não ser independente.”

“Perdi a minha independência e autonomia.”

“Ser uma pessoa completamente dependente, ter uma pessoa 24/dia comigo.”

“Dependência (triste por depender dos outros).”

“Não ser independente.”

“Dependência de terceiros.”

“Não ter autonomia.”

“Dependência de terceiros.”

“Necessidade de ajudas diárias.”

“Limitações básicas diárias (e.g., idas ao WC; pedir ajuda para vestir).”

---